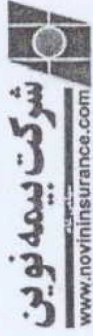


کد: FO-LG-34-00

صفحه: ۱ از ۱

فرم رسیدگی به اسناد پزشکی بیمه‌شدگان درمان تکمیلی گروهی



تاریخ ارسال مدارک:

نام بیمه‌گذار: دانشگاه محقق اردبیلی

این قسمت توسط واحد پرداخت خسارت درمان تکمیل می‌شود

این قسمت توسط بیمه شده تکمیل می‌شود

توضیحات	مبلغ تایید شده	کشورات	مبلغ درخواستی	تاریخ انجام خدمت	نوع خدمت	نسبت	نام و نام خانوادگی بیمه شده اصلی	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره
									۱
									۲
									۳
									۴
									۵
									۶
									۷
									۸
									۹
									۱۰
جمع کل (ریال)									

نام و امضاء کارشناس رسیدگی کننده:

نام و امضاء بیمه شده:

شماره بلس همراه بیمه‌شده اصلی: