فرم تحویل مدارک درمانی قرارداد بیمه تکمیلی

شماره قرارداد:

نام سازمان (بیمه گذار):

شرکت خدمات بیمه ای چکاد آسایش

احتراماً به پیوست تعداد ..... برگ مدارک مورد نیاز جهت بررسی و پرداخت هزینه یکی از بیمه شدگان قرارداد فوق با مشخصات ذیل از طریق نماینده این شرکت بحضورتان ارسال میگردد.

مشخصات بیمه شده(بیمار) و بیمه شده اصلی(پرسنل اصلی):

نام و نام خانوادگی بیمه شده: ..... کدملی بیمه شده: .....

نسبت با بیمه شده اصلی: ..... نام و نام خانوادگی بیمه شده اصلی: .....

کدملی بیمه شده اصلی :..... شماره حساب بیمه شده اصلی: .....

شماره حساب شبا : IR -- ---- ---- ---- ---- ---- --

شماره تلفن همراه بیمه شده اصلی: ..... شماره تلفن ثابت : .....

امضای بیمه شده : **مهر شرکت :**

لطفا تعداد هزینه و تعداد برگه تحویلی و مبلغ هزینه خود را در جدول ذیل بنویسید

ردیف	نوع هزینه	تعداد هزینه	تعداد برگه تحویلی	مبلغ هزینه
۱	بیمارستانی			
۲	آزمایش			
۳	رادیولوژی یا سونوگرافی			
۴	MRI-CTS			
۵	بیماریها و ناهنجاری های جنین			
۶	فیزیوتراپی			
۷	دندانپزشکی			
۸				
۹				
۱۰				

.....

شرکت سهامی بیمه ایران بدینوسیله تایید و گواهی مینماید تعداد ..... برگ مدارک درمانی بیمه شده ..... در تاریخ ..... را تحویل این شرکت نموده است .

محل رسید شرکت چکاد آسایش