

فرم تعهد گواهی پرداختی بیمه گر پایه

تاریخ:/...../.....

اینجانب.....بیمه شده بیمارستان/شرکت.....پرونده بیمارستانی بیمارخانم/آقا به تعداد..... برگ را که در تاریخ/...../..... بستی بوده است راجهت دریافت سهم از بیمه گراول در تاریخ/...../..... از شرکت سهامی بیمه ایران شعبه چکاد آسایش تحویل گرفته و تعهد می نمایم که ظرف مدت ۲ ماه از دریافت اصل صورتحساب، گواهی مبلغ دریافتی از بیمه گراول را به آن شرکت تحویل و در صورتی که مبلغ چک بیشتر از فرانشیز باشد مابه التفاوت مبلغ را به شرکت سهامی بیمه ایران مسترد نمایم. در غیر اینصورت بیمه ایران مختار خواهد بود که مطابق مقررات نسبت به کسر از حقوق اینجانب اقدام نماید.

نام و نام خانوادگی بیمه شده اصلی:

کد ملی بیمه شده اصلی:

کد ملی بیمار:

شماره دفترچه بیمه:

کد ملی بیمه شده اصلی در بیمه گر پایه (تامین اجتماعی / خدمات درمانی):

تلفن همراه:

تلفن ثابت:

آدرس:

شماره حواله:

مهر و امضای امور مالی بیمه گذار

امضاء بیمه شده اصلی

شرکت خدمات بیمه ای چکاد آسایش

احتراما خانم/آقای به شماره ملی جهت دریافت پرونده

بستری بیمار آقای/خانم (نسبت با بیمه شده اصلی:خودم، همسر،فرزند،پدر،مادر)

حضورتان معرفی میگردد.

نام و نام خانوادگی تحویل گیرنده

تاریخ

امضا بیمه شده اصلی

امضاء

این قسمت توسط اداره بیمه تکمیل گردد

نام کارشناس تحویل دهنده پرونده:

تاریخ تحویل:

امضا کارشناس: