



بیمه ایران

فرم درخواست هزینه های درمانی

تاریخ

احتراما به پیوست تعداد برگ مدارک و مستندات هزینه های درمانی به مبلغ کل ریال به شرح ذیل تقدیم می گردد. خواهشمند است مبلغ قابل پرداخت را به حساب اینجانب (بیمه شده اصلی) با مشخصات مندرج در جدول زیر واریز نمایید.

الف: مشخصات بیمه شده اصلی:	ب: مشخصات بیمه شده غیر اصلی:
نام و نام خانوادگی:	نام و نام خانوادگی:
کد ملی:	کد ملی:
شماره پرسنلی:	نسبت با بیمه شده اصلی:
نشانی:	
تلفن تماس:	

امضاء

ردیف	نوع هزینه	تعداد	مبلغ درخواستی بیمه شده	کسورات	مبلغ قابل پرداخت (ریال)
۱	بیمارستانی (درمان طبی - جراحی)				
۲	پارا کلینیک (تصویر برداری - سونوگرافی - آزمایش)				
۳	ویزیت				
۴	دارو				
۵	عینک / سمعک				
۶	دندانپزشکی				
۷	فیزیوتراپی				
۸	آمبولانس				
۹	سایر هزینه ها				
۱۰	مجموع				

تاریخ و امضاء محاسب

امضاء مسئول