

شماره قرارداد:

نام بیمه گذار:

عطف به قرارداد فیما بین به پیوست ___ سری اسناد پزشکی پرسنل این شرکت/سازمان به تعداد ___ فقره و به ارزش _____ ریال جهت بررسی و پرداخت هزینه ارسال می گردد.

ردیف	بیمه شده اصلی	نام بیمار	نوع هزینه	مبلغ هزینه (ریال)	تعداد برگ	نتیجه
۱						
۲						
۳						
۴						
۵						
۶						
۷						
۸						
۹						
۱۰						
۱۱						
۱۲						
۱۳						
۱۴						
۱۵						
۱۶						
۱۷						
۱۸						
۱۹						
۲۰						
جمع کل:			ریال			

مهر و امضاء بیمه گذار