فرم اعلام خسارت درمان تکمیلی قرارداد ۱۴۰۳-۱۴۰۲

شرکت بیمه رازی

کد ملی بیمه شده اصلی:		شماره تماس همراه:	
نام و نام خانوادگی:		شماره تماس مستقیم/ داخلی:	
نام واحد سازمانی:		شاغل: ☐	بازنشسته: ☐

ردیف	نام دریافت کننده خدمت	نسبت	نوع هزینه	تاریخ هزینه	مبلغ پرداختی	مرحله ثبت شده سیناد
۱						

نام تحویل دهنده مدارک (امضاء و تاریخ):

نام دریافت کننده مدارک /(مهر، امضاء و تاریخ):