



فرم اعلام خسارت درمان تکمیلی قرارداد ۱۴۰۱-۱۴۰۲

شرکت بیمه رازی

	شماره تماس همراه:	کد ملی بیمه شده اصلی:
	شماره تماس مستقیم داخلی:	نام و نام خانوادگی:
<input type="checkbox"/> بازنشسته:	<input type="checkbox"/> شاغل:	نام واحد سازمانی:

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

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

نام تحویل دهنده مدارک (امضاء و تاریخ):