** فرم اعلام خسارت درمان تکمیلی قرارداد 1403-1402 **

**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** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**نام تحویل دهنده مدارک ( امضاء و تاریخ): نام دریافت کننده مدارک ٫ (مهر، امضاء و تاریخ):**