

* بیمه شده گرامی ، تکمیل کلیه بخش های فرم مربوطه برای ارسال پرونده های درمانی هر یک از بیمه شدگان الزامیست . در صورت عدم تکمیل و ارسال فرم مربوطه ، از رسیدگی به پرونده شما خودداری می گردد.
* همچنین پرونده های درمانی هر یک از بیمه شدگان به همراه فرم مربوطه به صورت تفکیک شده ارسال گردد.

فرم تحویل فیزیک اسناد هزینه های درمانی ارسالی از طریق سامانه خسارت درمان

بیمه شده محترم برای کلیه هزینه های درمانی انجام شده هر فرد ، یک فرم تکمیل گردد و فرم مربوطه ضمیمه پرونده های بیمار فوق گردد.

آیا پرونده های درمانی ارسالی در سامانه خسارت درمان ثبت شده است بله خیر

شرکت سهامی بیمه ایران شعبه

احتراما به پیوست تعداد.....برگ نسخ هزینه های درمانی که از طریق اپلیکیشن موبایل اعلام خسارت شده است تقدیم می گردد.

نام و نام خانوادگی بیمه شده اصلی: کد ملی بیمه شده اصلی:

شماره صورت حساب : تاریخ تحویل :..... امضا:

در بخش زیر چیزی ننویسید

گواهی می گردد تعداد.....برگ اسناد هزینه های درمانی مربوط به بیمه شده اصلیو افراد تحت پوشش ایشان در مورختحویل این شعبه گردید.

نام و نام خانوادگی تحویل گیرنده : امضا : مهر شعبه :

محل برش

فرم تحویل فیزیک اسناد هزینه های درمانی ارسالی از طریق سامانه خسارت درمان

بیمه شده محترم برای کلیه هزینه های درمانی انجام شده هر فرد ، یک فرم تکمیل گردد و فرم مربوطه ضمیمه پرونده های بیمار فوق گردد.

آیا پرونده های درمانی ارسالی در سامانه خسارت درمان ثبت شده است بله خیر

شرکت سهامی بیمه ایران شعبه

احتراما به پیوست تعداد.....برگ نسخ هزینه های درمانی که از طریق اپلیکیشن موبایل اعلام خسارت شده است تقدیم می گردد.

نام و نام خانوادگی بیمه شده اصلی: کد ملی بیمه شده اصلی:

شماره صورت حساب : تاریخ تحویل :..... امضا:

در بخش زیر چیزی ننویسید

گواهی می گردد تعداد.....برگ اسناد هزینه های درمانی مربوط به بیمه شده اصلیو افراد تحت پوشش ایشان در مورختحویل این شعبه گردید.

نام و نام خانوادگی تحویل گیرنده : امضا : مهر شعبه :