

فرم تحویل فیزیک اسناد هزینه های درمانی ارسالی از طریق اپ موبایل

شرکت سهامی بیمه ایران - شعبه _____

احتراماً 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: _____ کدملی بیمه شده اصلی: _____

شماره صورتحساب: _____ تاریخ تحویل: _____ امضاء: _____

✂ _____

گواهی می گردد تعداد _____ برگ اسناد هزینه های درمانی مربوط به بیمه شده اصلی _____ و افراد تحت پوشش ایشان در مورخ _____ تحویل این شعبه گردید.

مهر شعبه

امضاء:

نام و نام خانوادگی تحویل گیرنده: