



بسمه تعالی

بیمه یاببارگاد

تاریخ :

شماره :

پیوست :

فرم مربوط به درخواست هزینه های پزشکی نمایندگان

مدیریت محترم امور شعب و نمایندگان

احتراماً ، پیوست تعداد _____ برگ مدارک پزشکی به شرح ذیل ، جهت بررسی و پرداخت هزینه های مربوط تقدیم می گردد .

آدرس دفتر نمایندگی :

شماره تماس :

بیمه شده اصلی :

نام و نام خانوادگی :

کد نمایندگی :

ردیف	نام بیمار	نسبت	تاریخ تولد	کد ملی / شناسنامه	عنوان هزینه	تاریخ هزینه	مبلغ (ریال)
۱							
۲							
۳							
۴							
۵							
۶							
۷							
۸							
۹							
۱۰							
۱۱							
۱۲							
۱۳							
۱۴							
۱۵							

مهر و امضاء بیمه شده اصلی (نماینده)