



فرم ارسال هزینه های درمانی

بیمه گذار : شماره قرار داد : ۱۳۹۴/۲۵۶/۳۲۴۳ تاریخ شروع قرار داد : ۹۴/۸/۱

بیمه شده اصلی : تلفن همراه : تاریخ انقضاء قرار داد : ۹۵/۸/۱

شماره حساب بیمه شده اصلی (شماره ثنا) :

تکمیل توسط کارشناس شرکت بیمه				تکمیل توسط بیمه شده				
شماره	نام و نام خانوادگی	نسبت با بیمه شده اصلی	موضوع هزینه	تاریخ هزینه	مبلغ هزینه به ریال	فرانشیز	جمع کسورات	مبلغ قابل پرداخت
۱								
۲								
۳								
۴								
۵								
۶								
۷								
۸								
۹								
۱۰								

جمع هزینه های انجام شده :

امضاء و تاریخ ارسال

تعداد برگ پیوست :

تذکر:

- ۱- منظور از نسبت عبارت است از بیمه شده اصلی، همسر، پسر، دختر، پدر، مادر
- ۲- منظور از موضوع هزینه عبارتست از نوع هزینه مانند : سونوگرافی، اکو، ویزیت، دارو، آم آر آی و ...
- ۳- هر فرم دارای ۱۰ ردیف می باشد، از درج ردیف اضافه خودداری فرمایید.
- ۴- حداکثر مهلت ارسال مدارک در طول قرارداد برای ارائه مدارک بیمارستانی ۲ ماه و مدارک پاراکلینیکی ۱ ماه می باشد.

مدارک مورد نیاز :

- ۱- گواهی پزشکی معالج
- ۲- اصل فیش پرداختی که مهور به مهر مرکز درمانی باشد.
- ۳- تصویر جواب آزمایش ، سونوگرافی ، سی تی اسکن و ...
- ۴- تصویر صفحه اول دفترچه بیمه گر اول (بیمه شده اصلی و بیمار)
- ۵- سایر مدارک مورد لزوم که باتوجه به نوع هزینه توسط کارشناس بیمه اعلام می گردد.



رسید هزینه های درمان

تعداد برگ هزینه درمانی خانم/آقای بیمه شده مورخ / /

دریافت گردید که پس از بررسی در صورت تایید مدارک پرداخت خواهد شد .

امضاء نماینده بیمه ایران