



## فرم اعلام خسارت شاغلین

نام بیمه شده اصلی:

شماره پرسنلی:

کد ملی:

شماره حساب بانک تجارت:

شماره تماس:

نام واحد مربوطه:

ردیف	نام بیمار	نسبت با بیمه شده	تاریخ هزینه	کد ملی	نوع هزینه	مبلغ پرداختی بیمار (ریال)	این قسمت توسط بیمه تکمیل می شود			
							مبلغ تأیید شده	درصد	فرانشیز	مبلغ قابل پرداخت
۱										
۲										
۳										
۴										
۵										
۶										
۷										
۸										
۹										
۱۰										
<b>جمع</b>										

توجه:

۱- ثبت کامل و درست مشخصات برای واریز هزینه الزامی است.

۲- برای هزینه های پاراکلینیکی، بیمارستانی، بیماران خاص، عینک و دندانپزشکی ضروریست فرم فوق را برای هر کدام از موارد جداگانه تکمیل کنید.

مهر و امضاء پزشک معتمد بیمه ایران