



اظهار نامه هزینه درمانی

نام بیمه گذار : دانشگاه صنعتی شریف

کد ملی بیمه شده اصلی:

نام و نام خانوادگی بیمه شده اصلی:

طرح: محدود (یک) نامحدود (دو)

شماره تماس:

تاریخ:

این قسمت توسط بیمه گر تکمیل می گردد.		این قسمت توسط بیمه شده تکمیل می گردد.						
مبلغ قابل پرداخت (ریال)	کسورات		مبلغ (ریال)	عنوان هزینه	تاریخ انجام هزینه	نسبت با بیمه شده اصلی	نام و نام خانوادگی بیمه شده (اصلی یا تبعی)	ردیف
	فرانشیز	تطبیقی						
								۱
								۲
								۳
								۴
								۵
	جمع							
امضاء کارشناس:			امضاء مسئول:		امضاء بیمه شده:		ملاحظات:	