به نام خدا

فرم درخواست پیگیری مدارک تحویلی بیمه تکمیل درمان توسط سازمان:

بیمه شده اصلی:	شماره ملی: .....
شماره حساب اعلامی به بیمه:	شماره تماس: .....

مشخصات بیمار	نسبت	عنوان هزینه	تاریخ هزینه	مبلغ هزینه	تاریخ تحویل	تاریخ واریز	مبلغ واریزی توسط بیمه
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....

توضیحات: .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

توجه: ۱-در صورتیکه مدارک ارائه شده توسط بیمه شده در لیست مدارک برگشتی شرکت بیمه جهت رفع نقص قرارداد، از درج آن در جدول فوق خودداری و نسبت به رفع نقص اعلامی اقدام گردد

۲- تصویر رسید تحویل مدارک به نماینده بیمه پیوست شود.

نام و نام خانوادگی بیمه شده اصلی

تاریخ

امضا