



شرکت سهامی بیمه ایران

مبلغ

شرح خدمات

بیمه شده اصلی :

بیمه شده:

بیمه گذار:

نوع تعهد:

سقف تعهدات:

فرانشیز :

شماره قرارداد:

تاریخ شروع قرارداد:

تاریخ انقضاء قرارداد:

کد ملی:

شماره حساب بیمه:

تاریخ:

محل:

نام و امضاء مسئول تشکیل دهنده:

تاریخ تشکیل پرونده:

مورد تایید کارشناس	درخواستی	تاریخ هزینه	شرح خدمات
			جراحی سرپایی
			رانیولوژی
			MRI-SCAN
			سونوگرافی
			لیزر تراپی
			نوار عصب و عضله
			نوار مغز
			اندسکوپی/کولونوسکوپی
			آزمایشات
			دارو
			ویزیت
			عینک
			نندان پزشکی
			سایر
			جمع:

سهم بیمه گر پایه / فرانشیز به میزان %

مبلغ قابل پرداخت

نام و امضاء کارشناس:

تاریخ محاسبه:

نام و امضاء بازبین:

