



اظهار نامه هزینه درمانی

انجمن فارغ التحصیلان دانشگاه صنعتی شریف

کد ملی بیمه شده اصلی:

نام و نام خانوادگی بیمه شده اصلی:

طرح: یک دو

شماره تماس:

تاریخ:

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 (صلی یا تبعی)	ردیف
	فرانشیز	تطبیقی						
								۱
								۲
								۳
								۴
								۵
	جمع							
امضاء کارشناس:			امضاء مسئول:		امضاء بیمه شده:		ملاحظات:	