



فرم درخواست هزینه های بیمه درمان تکمیلی پرسنل محترم دانشگاه گیلان

نام و نام خانوادگی بیمه شده اصلی :

شماره همراه :

کد ملی :

تاریخ تحویل :

لطفا این قسمت توسط بیمه شده تکمیل گردد .

ردیف	نام و نام خانوادگی	کد ملی	نسبت با بیمه شده اصلی	نوع هزینه	تاریخ هزینه	مبلغ هزینه به ریال	ملاحظات
۱							
۲							
۳							
۴							
۵							
۶							
۷							
۸							
۹							
۱۰							
۱۱							
۱۲							
۱۳							
۱۴							
۱۵							
جمع کل به ریال :							

نام و نام خانوادگی بیمه شده اصلی

پذیرش :

کارشناس خسارت :

امضا و تاریخ :

مهر و امضا و تاریخ :

مهر و امضا و تاریخ :