**فرم ارسال هزينه هاي درماني سرپايي (پاراكلينيكي،دندانپزشكي،دارو،آزمايش و...)**

|  |  |
| --- | --- |
| **نام و نام خانوادگي بيمه شده اصلي: كد ملي:** | **تاریخ تحویل:** |
| **شماره تماس:** |
| **لطفا اين قسمت توسط بيمه شده تكميل گردد** | **لطفا در اين قسمت چيزي ننويسيد** |
| **ردیف** | نام و نام خانوادگی | **کد ملی** | **نوع هزینه** | **تاریخ هزینه** | **مبلغ هزینه** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |  |
| **جمع کل:** |  |

امضای بیمه شده اصلی: مهر و امضاي پذيرش : مهر و امضاي كارشناس خسارت: