



فرم اعلام خسارت شاغلین

نوع طرح : طرح يك طرح دو
نام بیمه شده اصلي:
کد ملي:
شماره تماس:

شماره پرسنلي :
شماره حساب بانك تجارت:
نام واحد مربوطه :

ردیف	نام بیمار	نسبت	تاریخ هزینه	کد ملي	نوع هزینه	مبلغ پرداختي بیمار (ریال)	مبلغ تایید شده	درصد	فرانشیز	مبلغ قابل پرداخت	توضیحات
1.											
2.											
3.											
4.											
5.											
6.											
7.											
8.											
9.											
10.											

توجه :

1. ثبت کامل و درست مشخصات براي واریز هزینه الزامي است
2. براي هزینه هاي پاراکلينيكي, بیمارستاني, بیماران خاص, عينك و دندانپزشكي ضروريست فرم فوق را براي هر کدام از موارد جداگانه تکميل کنید.

مهر و امضاء پزشك
معتد بیمه ایران