



باسمه تعالی

فرم اعلام خسارت درمان گروهی کارکنان دانشگاه فنی و حرفه‌ای کشور

(بیمه طلایی)

تاریخ اجرای قرارداد: ۱۳۹۴/۰۲/۰۲ لغایت ۱۳۹۵/۰۱/۳۱

سازمان / دانشکده / آموزشکده شهر:	شماره قرارداد تحت وب:
--	-----------------------------

با احترام:

به پیوست تعداد برگ مدارک مورد نیاز جهت پرداخت هزینه درمان دندان پزشکی ☐ چشم پزشکی ☐ ویزیت ☐ دارو ☐ آزمایشات ☐ رادیولوژی ☐ سونوگرافی ☐ و سایر ☐ یکی از بیمه‌شدگان قرارداد فوق با مشخصات زیر از طریق این سازمان ارسال می‌گردد.

معرفی نامه برای یکی از بیمه‌شدگان قرارداد فوق با مشخصات زیر جهت پیگیری امر درمان صادر گردد.

مشخصات بیمه‌شده اصلی

نام و نام خانوادگی:	شماره پرسنلی:
شماره حساب حقوقی بانک تجارت:	کد ملی:

مشخصات بیمار

نام بیمار:	نسبت بیمار با بیمه‌شده اصلی:
کد ملی بیمار:	شماره تماس ضروری:

اطلاعات درمانی

تاریخ هزینه / بستری:	جمع مبالغ هزینه‌شده:
----------------------	----------------------

مهر و امضای اداره تعاون و امور رفاهی

دانشگاه فنی و حرفه‌ای، به عنوان نماینده بیمه‌گذار