

فرم تحویل فیزیک اسناد هزینه های درمانی ارسالی از طریق اپ موبایل شرکت برخط حامیگران اعتماد پایدار

سهامی بیمه ایران - شعبه:

احتراما به پیوست تعداد برگ نسخ هزینه های درمانی که از طریق اپلیکیشن موبایل اعلام خسارت شده است تقدیم می گردد .

نام نام خانوادگی بیمه شده اصلی:

کدملی بیمه شده اصلی:

شماره صورتحساب :

تاریخ تحویل:

تلفن:

۱

۲

۳

۴

۵

۶

۷

۸

۹

۱۰

امضا:

گواهی می گردد تعداد برگه اسناد هزینه های درمانی مربوط به بیمه شده اصلی.....
و افراد تحت پوشش ایشان.....در مورخ.....تحویل این شعبه گردید.

نام نام خانوادگی تحویل گیرنده:

امضا:

مهر شعبه :