



نام بیمه گذار: دانشگاه صنعتی خواجه نصیرالدین طوسی
کد ملی:
شماره تماس :
طرح :

اظهارنامه هزینه درمانی

این قسمت توسط بیمه گر تکمیل می گردد (ارقام بریال)		این قسمت توسط بیمه گذار تکمیل میگردد								
مبلغ قابل پرداخت	کسورات		مبلغ	عنوان هزینه	تاریخ انجام هزینه	نسبت با بیمه شده اصلی	نام بیمه شده اصلی	نام بیمه شده	ردیف	
	فرانشیز	تطبیقی								
									1	
									2	
									3	
									4	
									5	
									6	
									7	
		جمع مبلغ قابل پرداخت		امضاء کارشناس بیمه: تاریخ :						