

فرم خسارت بیمه درمان تکمیلی قرارداد سازمان نظام کاردانی ساختمان استان تهران

ردیف	بیمه شده		شرح						
	نام و نام خانوادگی	کد ملی	بستری / پاراکلینیکی	تاریخ	دستور پزشک	گزارش	قبض صندوق	تعداد صفحات	مبلغ پرداخت شده (ریال)
۱									
۲									
۳									
۴									
۵									
۶									
۷									

شماره تماس: ۰۹۳۵۴۰۰۰۵۱۲ خانم بیگدلی

نمایندگی ۱۴۰۰ شرکت بیمه کار آفرین

فرم خسارت بیمه درمان تکمیلی قرارداد سازمان نظام کاردانی ساختمان استان تهران

ردیف	بیمه شده		شرح						
	نام و نام خانوادگی	کد ملی	بستری / پاراکلینیکی	تاریخ	دستور پزشک	گزارش	قبض صندوق	تعداد صفحات	مبلغ پرداخت شده (ریال)
۱									
۲									
۳									
۴									
۵									
۶									
۷									

شماره تماس: ۰۹۳۵۴۰۰۰۵۱۲ خانم بیگدلی

نمایندگی ۱۴۰۰ شرکت بیمه کار آفرین