

تاریخ:/...../.....
شماره:

شرکت ارزیابی خسارت سمدای
آرتاپویان کاپسین (سهامی خاص)
فرم پیگیری بیمه شدگان درمان



به نام خدا

- ۱- نام شرکت: ۲- نشانی محل استقرار:
- ۳- نام و نام خانوادگی بیمار: ۴- کد ملی بیمار:
- ۵- نام و نام خانوادگی بیمه شده اصلی: ۶- کدملی: بیمه شده اصلی:
- ۷- نوع هزینه مورد اعتراض: ۸- تاریخ تحویل مدارک:
- ۹- شماره رسید:

علت اعتراض:

.....

.....

.....

امضاء مسئول بیمه شرکت:

امضاء بیمه شده:

نام و نام خانوادگی تحویل گیرنده:

امضا تحویل گیرنده:

نتیجه پیگیری:

.....

.....

.....

.....

رسیدگی کننده: