



باسمه تعالی

## فرم اعلام خسارت بازادمان تکمیلی (قرارداد نوع دوم) دانشگاه فنی و حرفه‌ای کشور

تاریخ اجرای قرارداد ۱۳۹۴/۰۲/۰۱ 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 ☐ اورو ☐ 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 اداره‌ی تعاون و امور رفاهی

دانشگاه فنی و حرفه‌ای، به عنوان نماینده‌ی بیمه‌گذار