|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **های درمان؛ نمایندگی 1401 بیمه آسماری**  **لطفا تمامی ستون‌ها با دقت تکمیل گردد** | | | | | | | |
| **نام شرکت:** | | | | **تاریخ ارسال مدارک:** | | | |
| ردیف | نام و نام خانوادگی بیمار | کد ملی بیمار | نام و نام خانوادگی بیمه شده اصلی | عنوان هزینه‌ها | مبلغ هزینه (ریال) | تاریخ استفاده | تعداد برگ |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| شماره تماس نماینده بیمه: | |  | | محل امضا نماینده |  | | |
|
|