|  |
| --- |
| **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 |   |
|
|