



توجه توجه

جهت دانلود چک لیست مدارک به نشانی زیر
مراجعه نمایید

<https://dana.manibimeh.com/fardavar>

بیمه شده گرامی،

لطفاً جهت جلوگیری از تاخیر در محاسبه و پرداخت خسارت:

- ۱- طبق چک لیست ارائه شده هزینه های درمانی در فرم ذیل درج و مدارک پیوست گردد.
- ۲- هزینه های درمانی به تفکیک تاریخ هزینه در فرم ثبت گردد.



فرم ارسال مدارک جهت پرداخت هزینه های درمانی کارکنان شرکت فردآور آزما ایرانیان

نام و نام خانوادگی بیمه شده اصلی			شماره موبایل		کد ملی			
این قسمت توسط کارمند تکمیل می گردد			این قسمت توسط شرکت بیمه تکمیل می گردد					
مشخصات هزینه های درمانی			محاسبات شرکت بیمه					
ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	نسبت با بیمه شده اصلی	موضوع هزینه	تاریخ هزینه	جمع هزینه (ریال)	فرانشیز	جمع قابل پرداخت (ریال)	توضیحات
۱				/ /				
۲				/ /				
۳				/ /				
۴				/ /				
۵				/ /				
۶				/ /				
۷				/ /				
۸				/ /				
۹				/ /				
جمع کل هزینه ها (ریال)			جمع مبلغ قابل پرداخت					
تاریخ ارسال مدارک پزشکی:		تحویل گیرنده:		محاسبه کننده:		تأیید کننده:		تاریخ حواله:
امضاء بیمه شده اصلی:		تاریخ و امضاء:		تاریخ و امضاء:		تاریخ و امضاء:		شماره حواله:
								شماره لیست:
								ردیف لیست:

در صورت هرگونه ابهام در تکمیل فرم با شماره ۰۲۱۵۸۱۲۶۰۰۰ تماس بگیرید.

پست الکترونیک: exirzendegi@gmail.com

وب سایت: www.manibimeh.com/ www.exirzendegi.com