

فرم تقاضای مساعدت در هزینه های مازاد بر تکمیل درمان شرکت بیمه دی

احتراماً اینجانب با کد ملی شاغل در

که خودم و تعداد نفر از اعضای خانواده تحت پوشش بیمه تکمیل درمان بوده ام، در انجام هزینه های درمانی باجدول تعهدات سال ۱۴۰۳-۱۴۰۴ با اولویت ۳، ۱، ۲ هزینه های مازاد انجام داده ام که مشخصات و مستندات آن به پیوست می باشد.

لذا خواهشمند است هزینه ها بررسی و در صورت امکان مساعدت لازم به عمل آید

ردیف جدول تعهدات	مبلغ هزینه انجام شده	مبلغ پرداخت شده قبلی	مازاد هزینه
۳			
۲			
۱			

شماره تماس:

نام و نام خانوادگی امضاء