

فرم درخواست بررسی هزینه‌های درمانی قرارداد بیمه درمان تکمیلی

شرکت بیمه سینا-مدیریت استان خراسان جنوبی

با سلام و احترام

پیرو تحویل اسناد هزینه درمانی خانم/آقای

ذیل را بررسی و نتیجه را اعلام فرمایید. ضمناً مستندات شامل

خواهشمند است علت عدم پرداخت هزینه‌های
به پیوست تقدیم می‌گردد.

نام و نام خانوادگی کارمند

کد ملی کارمند:

شماره تماس:

تاریخ درخواست:

امضاء

بدین وسیله درخواست آقای /خانم

بررسی و نتیجه به شرح ذیل اعلام شد.

۱-

۲-

۳-

تاریخ بررسی:

تاریخ اعلام به بیمه‌گذار:

نام و امضاء کارشناس