

نام بیمه گذار: دانشگاه بوعلی سینا									
تاریخ تحویل مدارک به شرکت بیمه نوین: / / ۱۳۹۶									
ردیف	نام نام خانوادگی بیمار	نام و نام خانوادگی بیمه شده اصلی	نسبت	نوع خدمت	تاریخ انجام خدمت	مبلغ درخواستی	کسورات	مبلغ تایید شده	توضیحات
۱					۱۳۹۶/ /				
۲					۱۳۹۶/ /				
۳					۱۳۹۶/ /				
۴					۱۳۹۶/ /				
۵					۱۳۹۶/ /				
۶					۱۳۹۶/ /				
۷					۱۳۹۶/ /				
۸					۱۳۹۶/ /				
۹					۱۳۹۶/ /				
۱۰					۱۳۹۶/ /				
جمع کل (ریال)									

نام و امضا کارشناس رسیدگی کننده:

شماره تماس:

نام و امضای بیمه شده:

جهت پیگیری وضعیت پرونده های خسارت درمان می توانید به پرتال مربوط به آدرس ذیل مراجعه فرمایید: