

احتراماً به پیوست تعداد برگ مدارک و مستندات هزینه های درمانی اینجانب به شرح ذیل تقدیم میگردد.

نام بیمه گذار:

انجمن حمل و نقل بین المللی خراسان

شماره قرارداد:

1395/265/34.35/4

پیامه شده:

کد ملی بیمه شده:

بیمه شده اصلی:

کد ملی بیمه شده اصلی:

شماره تماس:

تاریخ تحویل:

توضیحات / کسورات:

جمع کل مبلغ قابل پرداخت:

شماره حساب بانکی (شبا):

(*) شبا به صورت دقیق و خوانا ثبت شود.)

[illegible]