

پیوست ۲

بسمه تعالی

شرکت سهامی بیمه ایران - نمایندگی کد ۵۱۶۸

با سلام

احتراما به پیوست هزینهای درمانی خانم/آقای -----
به کد ملی ----- همسر/فرزند /والدین بیمه شده
اصلی خانم/ آقای-----ارسال خواهشمند است اقدامات
لازم را در خصوص پرداخت هزینهای درمانی ذیل مبذول فرمایید.

۱- آزمایش به مبلغ ----- ریال مورخه ---/---/----

۲- دارو به مبلغ ----- ریال مورخه ---/---/----

امضا