

شماره سند: FM-HI-68/01

تاریخ: / / ۱۳

پیوست:

صفحه: ۱ از ۱

## فرم خدمات دندانپزشکی



از: شرکت بیمه

به: شرکت ارزیابان سلامت پارس

احتراماً، قرارداد با مشخصات ذیل جهت ارائه خدمات دندانپزشکی معرفی می گردد:

شماره بیمه نامه:		
شماره قرارداد:	نام بیمه گذار:	
تاریخ شروع قرارداد:	تاریخ پایان قرارداد:	
تعداد بیمه شدگان:	فرانشیز:	
سقف پوشش دندانپزشکی هر نفر:	سقف پوشش دندانپزشکی هر خانواده:	
نام مسئول بیمه ای (رابط):	شماره تلفن:	شماره فکس:
دریافت کننده خسارت:	نحوه واریز وجه صورت حساب:	
شرح خدمات تحت پوشش:		
پراکندگی و تمرکز بیمه شدگان در سراسر کشور:		
BID:	کد طرح:	