

فرم مساعدت به بیماران صعب العلاج و پر هزینه

(بیمه حوادث تحصیلی)

اطلاعات بیمه شده اصلی (دانش آموز، فرهنگی و یا فرزند و همسر فرهنگی)

نام و نام خانوادگی بیمه شده	کد ملی بیمه شده	محل تحصیل یا کار بیمه شده (ناحیه / شهرستان / منطقه)	شغل بیمه شده (دانش آموز / فرهنگی)
تاریخ تولد بیمه شده	نوع بیماری	تلفن همراه	تلفن ثابت
کل هزینه های انجام شده		مبلغ پرداختی بیمه شده	

اطلاعات مربوط به سرپرست (پدر دانش آموز یا کارمند)

نام و نام خانوادگی سرپرست	کد ملی سرپرست	تاریخ تولد سرپرست
شماره شبای سرپرست	تأییدیه اداره ناحیه / شهرستان / منطقه	