

فرم اعتراض پرسنل نسبت به خدمات بیمه معلم

نام و نام خانوادگی بیمه شده اصلی:

نام و نام خانوادگی بیمار:

شماره تماس:

کد ملی بیمه شده اصلی:

کد ملی بیمار:

واحد محل خدمت:

نوع اعتراض: رفتار پرسنل

عدم پرداخت

تاخیر پرداخت

تفاوت زیاد پرداخت

شرح اعتراض:

پاسخ بیمه گر:

نتیجه اعتراض: