

ENF۰۴۸	بیمه سامان فرم گزارش ارزیابی روند درمان حیوانات خانگی	
تجدید نظر: ۰۱		
صفحه: ۱ از ۲		

۱- تکمیل توسط دامپزشک درمانگر		
نام بیمه گذار:	کد ملی بیمه گذار:	شماره بیمه نامه:
نام حیوان مورد بیمه:	جنسیت:	نژاد: سن:
نام بیماری:	تاریخ مراجعه:	
علائم بیماری در زمان مراجعه:		
مدت زمان بستری و درمان: از تاریخ / / الی / /		
نام مرکز درمان:		
نظر اولیه:		
اقدامات اولیه درمانی:		
علت و نیاز تکرار آزمایشات و اقدامات انجام شده:		
گزارشات و تفسیر نتایج آزمایش و اقدامات تشخیصی:		
مبلغ هزینه های انجام شده به صورت تفکیک شده بابت:		
تاریخ، نام و مهر و امضا دامپزشک درمانگر		

۲- تکمیل توسط بیمه گر		
شماره بیمه نامه:	تاریخ صدور:	تاریخ انقضاء:
قابلیت ارجاع به کارشناس (مدارک اولیه):	دارد ☐	ندارد ☐
تاریخ، نام و امضا عامل پرداخت خسارت		

فرم گزارش ارزیابی روند درمان حیوانات خانگی

۳- تکمیل توسط دامپزشک معتمد بیمه‌گر

نام بیمه گذار:

کد ملی بیمه گذار:

نام حیوان مورد پیمه:

شماره پیمه نامه

نظر نهایی:

هزینه‌های مورد تایید:

تاریخ، نام و مهر و امضا دامپزشک معتمد بیمه‌گر