

بیمه پاسارگاد

فرم اعلام خسارت هزینه‌های پزشکی در اثر حادثه

بیمه‌گذار محترم:

لطفاً براساس ماده ۴ شرایط عمومی بیمه‌حوادث (اصل حسن نیت) و بند الف ماده ۷ آن هزینه‌های پزشکی که در اثر حادثه بوجود آمده و مستقیم در مقابل دریافت خدمات درمانی متحمل شده‌اید را حداکثر طرف مدت (پانزده روز) بعد از وقوع حادثه و انجام امور درمان به بیمه‌گذار با تکمیل این فرم اعلام نمائید.

- ۱- نام بیمه‌گذار ۲- نام بیمه‌شده ۳- تاریخ تولد بیمه‌شده
۴- شماره بیمه‌نامه ۵- تاریخ شروع بیمه‌نامه ۶- آخرین سرسید پرداخت شده
۷- آدرس دقیق محل وقوع حادثه ۸- ساعت و تاریخ وقوع حادثه ۹- شرح مختصر حادثه و صدمات واردہ به بیمه‌شده
.....
۱۰- نام مراکز درمانی که بیمه‌شده برای درمان به آنجا مراجعه نموده با تاریخ مربوطه
.....
۱۱- آیا بیمه‌شده تحت پوشش بیمه‌ای دیگری قرار دارد؟ تأمین اجتماعی خدمات درمانی سایر سازمان‌های بیمه‌ای هیچ‌کدام
۱۲- آیا از محل پوشش بیمه‌ای فوق تمام یا بخشی از هزینه‌های درمانی را دریافت نموده است؟ بله خیر
در صورت مثبت بودن توضیح داده و میزان آن را ذکر نمائید :
۱۳- آیا در اثر تصادف رانندگی مصدوم شده است؟ بله خیر
در صورت مثبت بودن چنانچه مرکز درمانی، هزینه درمان از بابت حادثه رانندگی دریافت نموده، نام مرکز درمانی (بیمارستان)- مدیر مرکز درمانی (بیمارستان) و آدرس آن قید شود

موادی از دستورالعمل اجرائی ماده ۹۲ قانون برنامه چهارم توسعه در رابطه با حوادث رانندگی :

- | |
|---|
| ماده ۱- بر اساس ماده ۹۲ قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران کلیه بیمارستان‌های عمومی، تخصصی و مراکز درمانی دولتی و غیردولتی موظفند نسبت به پذیرش، درمان و بدون قید و شرط مصدومین حوادث رانندگی اعم از سرپائی و بستری اقدام نمایند. |
| ماده ۲- شرکت‌های بیمه‌گذاری مکلفند هنگام صدور بیمه نامه شخص ثالث، سرنشین و هزاده عوارض معادل ۱۰٪ حق بیمه را از بیمه‌گذاران دریافت و به حساب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی واریز نمایند. |
| ماده ۳- کلیه بیمارستان‌ها و مراکز درمانی دولتی و غیردولتی هنگام پذیرش و طی زمان بستری مصدومین مشمول این دستورالعمل حق دریافت هیچ‌گونه وجهی ندارند. |
| ماده ۴- عدم پذیرش مصدومین مشمول این دستورالعمل توسط بیمارستان‌ها یا مراکز درمانی و یا اجبار به پرداخت وجه هنگام پذیرش تخلف محسوب و مطابق قانون مجازات خودداری از کمک به مصدومین و رفع مخاطرات جانی مصوب سال ۱۳۵۴ عمل خواهد شد. |

- ۱۴- مدارک مورد لزوم برای دریافت هزینه‌های پزشکی در اثر حادثه .
 - اصل صورتحساب مرکز درمانی
 - اصل برگ‌های شرح حال و خلاصه پرونده و شرح عمل و ریز اقلام مصرفی
 - سایر فاکتورهای درمانی
 - عکس رادیوگرافی
 - فرم گواهی تکمیل شده توسط پزشک معالج
- در صورتیکه هزینه‌های پزشکی مربوط به حوادث رانندگی باشد علاوه بر مدارک فوق:
- فتوکپی برابر با اصل کروکی محل تصادف، گزارش مراجعت نظامی با احکام و مکاتبات قضائی و یا گزارش اورژانس ۱۱۵
 - لطفاً هریک از مدارک که ضمیمه فرم اعلام خسارت می‌باشد با علامت مشخص نماید.

۱۵- آیا تاکنون به علت حادثه، هزینه پزشکی از این شرکت دریافت نموده اید؟ بله خیر
در صورت مثبت بودن تاریخ حادثه، مبلغ و تاریخ دریافت را اعلام نمائید.

۱۶- جدول ذیل را به تفکیک برگ‌های هزینه پزشکی که شخصاً پرداخت نموده اید ثبت و تکمیل نماید:

ردیف	شرح هزینه درمانی	تاریخ	مبلغ (ریال)	ردیف	شرح هزینه درمانی	تاریخ	مبلغ (ریال)	ردیف
۱			۹					
۲			۱۰					
۳			۱۱					
۴			۱۲					
۵			۱۳					
۶			۱۴					
۷			۱۵					
۸			۱۶					
جمع هزینه‌ها (ریال)								

جمعاً مبلغ ریال توسط اینجانب

بیمه‌گذار بیمه‌نامه شماره به مراکز درمانی پرداخت گردید.

اینجانبان (بیمه‌گذار و بیمه‌شده) امضاء کنندگان این فرم اعلام می‌داریم که تمام جوابهایی که داده‌ایم کاملاً درست و عین واقع بوده و هیچ اطلاعی را که ممکن است موجب ضرر و زیان بیمه پاسارگاد شود کتمان نکرده‌ایم و مطلعیم که هرگونه اظهار خلاف و خودداری از واقع‌گوئی مجوز قانونی باطل شدن قرارداد و از دست دادن مزایای آن خواهد شد ضمناً بیمه پاسارگاد یا پزشکان معتمد شرکت اجازه دارند هرگونه اطلاعی که درمورد هزینه‌های پزشکی و سایر مدارک ارائه شده نیاز باشد، از مراکز ذیربطر کسب نمایند.

نام و امضاء نماینده:

تاریخ و امضاء بیمه‌شده:

تاریخ و امضاء بیمه‌گذار:

تاریخ:

شماره تماس بیمه شده یا بیمه گذار:

تکمیل این فرم هیچ‌گونه تعهدی برای بیمه‌گر ایجاد نمی‌نماید.

این قسمت توسط بیمه‌گر تکمیل می‌گردد:

فرم اعلام خسارت به همراه ضمایم آن در تاریخ توسط شعبه دریافت گردید.

امضاء:

نام و نام خانوادگی دریافت کننده: