



فرم اعلام خسارت هزینه های پزشکی در اثر حادثه

تکمیل این فرم هیچ گونه تعهدی برای بیمه گر (شرکت بیمه پاسارگاد) ایجاد نمی نماید.

بیمه گذار محترم:

لطفاً براساس ماده ۴ شرایط عمومی بیمه حوادث (اصل حسن نیت) و بند الف ماده ۷ آن، هزینه های پزشکی که در اثر حادثه به وجود آمده و مستقیم در مقابل دریافت خدمات درمانی متحمل شده اید را حداکثر ظرف مدت (پانزده روز) بعد از وقوع حادثه و انجام امور درمان به بیمه گر با تکمیل این فرم اعلام نمائید.

- ۱- نام بیمه گذار: ۲- نام بیمه شده: ۳- تاریخ تولد بیمه شده:
- ۴- شماره بیمه نامه: ۵- تاریخ شروع بیمه نامه: ۶- آخرین سررسید حق بیمه پرداخت شده:
- ۷- کد ملی بیمه شده: ۸- ساعت و تاریخ وقوع حادثه:
- ۹- آدرس دقیق محل وقوع حادثه:
- ۱۰- شرح مختصر حادثه و صدمات وارده به بیمه شده:
- ۱۱- نام مراکز درمانی که بیمه شده برای درمان مراجعه نموده همراه با تاریخ مراجعه:

- ۱۲- آیا بیمه شده تحت پوشش بیمه دیگری قرار دارد؟ تأمین اجتماعی خدمات درمانی سایر سازمان های بیمه ای هیچکدام
- ۱۳- آیا از محل پوشش بیمه ای فوق تمام یا بخشی از هزینه های درمانی را دریافت نموده است؟ بلی خیر
- ۱۴- آیا بیمه شده در اثر تصادف رانندگی مصدوم شده است؟ بلی 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:

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

ماده ۱ - براساس ماده ۹۲ قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران، کلیه بیمارستان های عمومی، تخصصی و مراکز درمانی دولتی و غیر دولتی موظفند نسبت به پذیرش، درمان فوری و بدون قید و شرط مصدومین حوادث رانندگی اعم از سرپائی و بستری اقدام نمایند.

ماده ۲- شرکت های بیمه گر تجاری موظفند هنگام صدور بیمه نامه شخص ثالث، سرنشین و مازاد، عوارضی معادل ۱۰٪ حق بیمه را از بیمه گذاران دریافت و به حساب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی واریز نمایند.

ماده ۳- کلیه بیمارستان ها و مراکز درمانی دولتی و غیردولتی هنگام پذیرش و طی زمان بستری مصدومین مشمول این دستورالعمل حق دریافت هیچ گونه وجهی ندارند.

ماده ۴- عدم پذیرش مصدومین مشمول این دستورالعمل توسط بیمارستان ها 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.

۱۵- مدارک مورد لزوم برای دریافت هزینه های پزشکی در اثر حادثه:

- اصل صورتحساب مرکز درمانی
- اصل برگ های شرح حال و خلاصه پرونده، شرح عمل و ریز اقلام مصرفی
- سایر فاکتورهای درمانی
- عکس رادیوگرافی
- فرم گواهی تکمیل شده توسط پزشک معالج
- شماره حساب بانک پاسارگاد یا شماره شبا سایر بانک ها
- در صورتی که هزینه های پزشکی موبوط به حوادث رانندگی باشد علاوه بر مدارک فوق:
- فتوکپی برابر با اصل کروکی محل تصادف، گزارش مراجع انتظامی یا احکام و مکاتبات قضائی و گزارش اورژانس ۱۱۵
- لطفاً هر یک از مدارک که ضمیمه فرم اعلام خسارت می باشد با علامت مشخص نمائید.

۱۶- آیا تاکنون به علت حادثه ، هزینه پزشکی از این شرکت دریافت نموده اید؟ بلی خیر

در صورت مثبت بودن ، تاریخ حادثه ، مبلغ و تاریخ دریافت را اعلام نمائید:

۱۷- جدول زیر را به تفکیک برگ های هزینه پزشکی که شخصاً پرداخت نموده اید ثبت و تکمیل نمائید:

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

جمعاً مبلغ ریال توسط اینجانب با کدملی

بیمه گذار بیمه نامه عمرو تامين آتیه شماره به مراکز درمانی پرداخت گردیده است .

اینجانبان (بیمه گذار و بیمه شده) امضاءکنندگان این فرم اعلام می داریم که تمام جواب هائی که داده ایم کاملاً درست و عین واقع بوده و هیچ اطلاعی را که ممکن است موجب ضرر و زیان شرکت بیمه پاسارگاد شود کتمان نکرده ایم و مطلع هستیم که هرگونه اظهار خلاف و خودداری از واقع گوئی مجوز قانونی باطل شدن قرارداد و از دست دادن مزایای آن خواهد شد . ضمناً شرکت بیمه پاسارگاد یا پزشکان معتمد شرکت اجازه دارند هرگونه اطلاعی که درمورد هزینه های پزشکی و سایر مدارک ارائه شده نیاز باشد ، از مراکز ذی ربط کسب نمایند .

تاریخ و امضاء بیمه گذار:
تاریخ و امضاء بیمه شده:
تاریخ و نام و امضاء نماینده :

شماره تماس بیمه شده/ بیمه گذار :

شماره حساب بانک پاسارگاد: نام صاحب حساب (بیمه شده) :

شماره شبا سایربانک ها: نام بانک : نام صاحب حساب (بیمه شده):

I	R																		
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

این قسمت توسط بیمه گر (شرکت بیمه پاسارگاد) تکمیل می گردد:

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

نام و نام خانوادگی دریافت کننده : امضاء و تاریخ: