



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 تامین 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 سایر بانک 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 ضامم آن در تاریخ: توسط شعبه: دریافت گردید .

نام و نام خانوادگی دریافت کننده : امضاء و تاریخ: