تاریخ: ...../...../.....

بیمه پاسارگاد

فرم اعلام خسارت هزینه های پزشکی دراثر 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 سررسیدحق 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) – مـدیر 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 .

ماده۲- 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.

ماده۳-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.

ماده۴-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

درصورتی که هزینه های پزشکی موبوط به حوادث رانندگی باشد علاوه بر مدارک فوق :

☐ فتوکپی برابر با اصل کروکی محل تصادف ،گزارش مراجع انتظامی **با** احکام و مکاتبات قضائی و گزارش اورژانس ۱۱۵

لطفاً هر یک از مدارک که ضمیمه فرم اعلام خسارت می باشد با علامت ☑ مشخص نمائید .

فرم : ۱۰/۸/۲/۱/۲/۱

۱۶-آیا تاکنون به علت حادثه ، هزینه پزشکی ازاین 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 امضاءبیمه شده: تاریخ ونام 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 ضمائم آن در تاریخ: ..... توسط شعبه: ..... دریافت گردید .

نام و نام خانوادگی دریافت کننده : ..... امضاء وتاریخ: