



فرم اعلام خسارت هزینه‌های پزشکی در اثر حادثه

بیمه‌گذار محترم :

لطفاً براساس ماده ۴ شرایط عمومی بیمه حوادث (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 ظرف مدت (پانزده روز) بعد از وقوع حادثه و انجام امور درمان به بیمه‌گر با تکمیل این فرم اعلام نمائید .

- ۱- نام بیمه‌گذار ۲- نام بیمه‌شده
- ۳- شماره بیمه‌نامه ۴- تاریخ شروع بیمه‌نامه
- ۵- آدرس دقیق محل وقوع حادثه
- ۶- ساعت و تاریخ وقوع حادثه
- ۷- شرح مختصر حادثه و صدمات وارده به بیمه‌شده
- ۸- نام مراکز درمانی که بیمه‌شده برای درمان به آنجا مراجعه نموده با تاریخ مربوطه
- ۹- آیا بیمه‌شده تحت پوشش بیمه‌ای دیگری قرار دارد؟ تأمین اجتماعی خدمات درمانی سایر سازمان‌های بیمه‌ای هیچکدام
- ۱۰- آیا از محل پوشش بیمه‌ای فوق تمام یا بخشی از هزینه‌های درمانی را دریافت نموده است؟ بلی خیر
- در صورت مثبت بودن توضیح داده و میزان آن را ذکر نمائید :
- ۱۱- آیا 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

موادی از دستورالعمل اجرایی 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 بیمارستان‌های عمومی، تخصصی و مراکز درمانی دولتی و غیردولتی موظفند نسبت به پذیرش، درمان و بدون قید و شرط مصدومین حوادث رانندگی اعم از سریانی و بستری اقدام نمایند.

ماده ۲- شرکت‌های بیمه‌گر تجاری مکلفند هنگام صدور بیمه نامه شخص ثالث، سرنشین و مازاد 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.

۱۲- 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 ارقام مصرفی
 - سایر فاکتورهای درمانی
 - عکس رادیوگرافی
 - فرم گواهی تکمیل شده توسط پزشک معالج
- در صورتی که هزینه‌های پزشکی مربوط به حوادث رانندگی باشد علاوه بر مدارک فوق:
- فتوکپی برابر با اصل کروکی محل تصادف، گزارش مراجع انتظامی با احکام و مکاتبات قضائی و یا گزارش اورژانس ۱۱۵
 - لطفاً هریک از مدارک فوق که ضمیمه فرم اعلام خسارت می‌باشد با علامت مشخص نمائید .

۱۳- آیا تا کنون 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.

۱۴- جدول ذیل را به تفکیک برگ‌های 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 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 جوابهائی که داده‌ایم کاملاً درست و عین واقع بوده و هیچ اطلاعاتی را که ممکن است موجب ضرر و زیان بیمه پاسارگاد شود کتمان نکرده‌ایم و مطلعیم که هرگونه اظهار خلاف و خودداری از واقع‌گویی مجوز قانونی باطل شدن قرارداد و از دست دادن مزایای آن خواهد شد ضمناً بیمه‌پاسارگاد یا پزشکان معتمد شرکت اجازه دارند هرگونه اطلاعاتی که درمورد هزینه‌های پزشکی و سایر مدارک ارائه شده نیاز باشد، از مراکز ذیربط کسب نمایند .

امضاء بیمه‌گذار: امضاء بیمه‌شده: نام و امضاء نماینده:

تاریخ: تاریخ:

تکمیل این فرم هیچگونه تعهدی برای بیمه‌گر ایجاد نمی‌نماید .

این قسمت توسط بیمه‌گر تکمیل می‌گردد :

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

نام و نام خانوادگی دریافت کننده: امضاء: