

اعلام کننده محترم خسارت، خواهشمند است به تمامی موارد مندرج در این فرم با دقت و به صورت خوانا پاسخ دهید.

نام و نام خانوادگی بیمه گذار: ----- نام و نام خانوادگی بیمه شده: ----- نام اعلام کننده خسارت: ----- نسبت با بیمه گذار / بیمه شده: ----- شماره بیمه نامه: -----	
مشخصات خسارت	<input type="checkbox"/> فوت در اثر حادثه بیمه گذار / بیمه شده (پوشش فوت در اثر حادثه یا معافیت از پرداخت حق بیمه و مستمری از کارافتادگی) علت حادثه: ----- تاریخ وقوع حادثه: ----- <input type="checkbox"/> فوت در اثر بیماری بیمه گذار / بیمه شده (پوشش فوت به هر علت یا معافیت از پرداخت حق بیمه و مستمری از کارافتادگی) نوع بیماری: ----- تاریخ وقوع بیماری: ----- <input type="checkbox"/> هزینه پزشکی بر اثر حادثه (پوشش هزینه های پزشکی ناشی از حادثه) علت حادثه: ----- تاریخ وقوع حادثه: ----- <input type="checkbox"/> کمک هزینه بیماری خاص (پوشش امراض خاص) نوع بیماری: ----- تاریخ وقوع بیماری: ----- <input type="checkbox"/> نقص عضو یا از کارافتادگی دائم و کامل بیمه گذار / بیمه شده (پوشش از کارافتادگی دائم و کامل ناشی از حادثه یا معافیت از پرداخت حق بیمه و مستمری از کارافتادگی) علت حادثه / بیماری: ----- تاریخ وقوع حادثه / بیماری: ----- محل وقوع خسارت (حادثه / بیماری): -----
شرح خسارت	----- ----- ----- ----- -----
توضیحات	آیا در زمان وقوع خسارت به مراکز درمانی مراجعه شده است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر نام مرکز: ----- تاریخ مراجعه: ----- پزشک معالج: ----- آیا پس از وقوع خسارت به مراجع قانونی مراجعه شده است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر نام مرجع: ----- تاریخ مراجعه: ----- آیا قبلا از بیمه نامه خسارت دریافت نموده اید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر نوع خسارت: ----- تاریخ خسارت: ----- مبلغ دریافتی: ----- چنانچه تاریخ اعلام خسارت بیش از موعد مقرر در شرایط بیمه نامه می باشد، علت تاخیر در اعلام خسارت را اعلام فرمایید : -----
تایید خسارت	اینجانب ----- اعلام کننده این خسارت اعلام می دارم که به تمامی سوالات مشروحه در این فرم با صداقت و به نحو کامل پاسخ داده ام و مسئولیت هر گونه تبعات حقوقی ناشی از سوء استفاده های احتمالی با اینجانب خواهد بود. نام و نام خانوادگی اعلام کننده خسارت تاریخ و امضا

مدارک لازم جهت ارزیابی پرونده های خسارت بیمه های عمر انفرادی

- در تمامی مدارک ارائه شده می بایستی نام و نام خانوادگی بیمه شده / بیمه گذار و تاریخ به صورت خوانا و بدون خط خوردگی قید شده باشد.
- در صورت عدم ارائه اصل مدارک درخواستی، مدارک کپی صرفاً می بایستی توسط سازمان صادرکننده یا مقامات ذیصلاح برابر اصل گردد.

<p>هزینه پزشکی ناشی از حادثه</p>	<p><input type="checkbox"/> تصویر شناسنامه و کارت ملی بیمه گذار / بیمه شده.</p> <p><input type="checkbox"/> تمامی مدارک مرتبط با حادثه شامل: اصل یا تصویر برابر با اصل گزارش مشروح حادثه که توسط مقامات ذیصلاح مأمور رسیدگی به حادثه تنظیم گردیده، گواهینامه رانندگی (در صورتیکه حادثه ناشی از رانندگی شخص بیمه شده باشد)، کروکی حادثه (در صورت تصادف رانندگی).</p> <p><input type="checkbox"/> اصل گواهی پزشک مبنی بر نوع صدمه و محل آن، نوع درمان انجام شده و مبلغ پرداخت شده.</p> <p><input type="checkbox"/> عکس و نتیجه رادیولوژی عضو صدمه دیده قبل و بعد از پایان معالجات.</p> <p><input type="checkbox"/> گواهی از پزشک مبنی بر تعداد مشاوره صورت گرفته ممهور به مهر ایشان.</p> <p><input type="checkbox"/> اصل نسخه دارو (ریز داروها) ممهور به مهر داروخانه.</p> <p><input type="checkbox"/> اصل قبض های پرداختی (مبلغ پرداختی توسط بیمار) ممهور به مهر مرکز درمانی، با ذکر نام بیمار و قید تاریخ بابت هزینه های رادیوگرافی، آزمایشگاه، M.R.I ، سی تی اسکن، اکو، تست ورزش، سونوگرافی، ماموگرافی، مانیتورینگ، آنژیوگرافی و ... به همراه گزارش های موارد ذکر شده.</p> <p><input type="checkbox"/> گواهی تعداد جلسات فیزیوتراپی، تاریخ آنها و اقدامات انجام شده در هر جلسه.</p>
<p>فوت در اثر حادثه</p>	<p><input type="checkbox"/> اصل بیمه نامه صادره، الحاقیه ها (در صورت صدور) شرایط عمومی و جداول پیوست.</p> <p><input type="checkbox"/> کپی برابر اصل گواهی فوت(خلاصه رونوشت وفات) و جواز دفن.</p> <p><input type="checkbox"/> تمامی مدارک مرتبط با حادثه شامل: اصل یا تصویر برابر با اصل گزارش مشروح حادثه که توسط مقامات ذیصلاح مأمور رسیدگی به حادثه تنظیم گردیده، گواهینامه رانندگی (در صورتیکه حادثه ناشی از رانندگی شخص بیمه شده باشد)، کروکی حادثه (در صورت تصادف رانندگی).</p> <p><input type="checkbox"/> کپی برابر اصل مدارک پزشکی و بیمارستانی روز حادثه (در صورت وجود).</p> <p><input type="checkbox"/> تصویر برابر اصل گزارش پزشکی قانونی.</p> <p><input type="checkbox"/> تصویر شناسنامه بیمه شده (ابطال شده).</p>
<p>فوت در اثر بیماری</p>	<p><input type="checkbox"/> اصل بیمه نامه صادره، الحاقیه ها (در صورت صدور) شرایط عمومی و جداول پیوست.</p> <p><input type="checkbox"/> کپی برابر اصل گواهی فوت(خلاصه رونوشت وفات) و جواز دفن.</p> <p><input type="checkbox"/> کپی برابر اصل مدارک پزشکی و بیمارستانی مرتبط با بیماری شامل شرح حال اولیه، شرح فعالیت های درمانی (سیر درمان)، خلاصه پرونده، شرح عمل، نسخ دارویی مدارک مرتبط با زمان شروع بیماری شامل اقدامات تشخیصی اولیه، آزمایش ها و اسکن ها و ...</p> <p><input type="checkbox"/> تصویر برابر اصل شده گزارش پزشکی قانونی.</p> <p><input type="checkbox"/> تصویر شناسنامه بیمه شده (ابطال شده).</p>
<p>بیماری خاص</p>	<p><input type="checkbox"/> تصویر شناسنامه و کارت ملی بیمه گذار / بیمه شده.</p> <p><input type="checkbox"/> کپی برابر اصل مدارک پزشکی و بیمارستانی مرتبط با بیماری شامل شرح حال اولیه، شرح فعالیت های درمانی (سیر درمان)، خلاصه پرونده، شرح عمل، نسخ دارویی</p> <p><input type="checkbox"/> نظریه پزشک معالج (اصل یا کپی برابر اصل).</p> <p><input type="checkbox"/> سوابق بیماری بیمه شده در خصوص اقدامات تشخیصی مرتبط با زمان شروع بیماری (گزارش پاتولوژی، گزارش MRI، پروتکل های درمانی تجویز شده توسط پزشک معالج و .. مانند: سونوگرافی، اسکن، آندوسکوپی، تست ورزش، نوار عصب عضله و دستور پزشک معالج.</p>
<p>دائم و کامل ناشی از کارافتادگی</p>	<p><input type="checkbox"/> تصویر شناسنامه و کارت ملی بیمه گذار / بیمه شده.</p> <p><input type="checkbox"/> تمامی مدارک مرتبط با حادثه شامل: اصل یا تصویر برابر با اصل گزارش مشروح حادثه که توسط مقامات ذیصلاح مأمور رسیدگی به حادثه تنظیم گردیده، گواهینامه رانندگی (در صورتیکه حادثه ناشی از رانندگی شخص بیمه شده باشد)، کروکی حادثه (در صورت تصادف رانندگی).</p> <p><input type="checkbox"/> تمامی مدارک بیمارستانی مرتبط با حادثه (اصل یا کپی برابر اصل).</p> <p><input type="checkbox"/> گزارش پزشک معالج مبنی بر ختم درمان و عوارض به جا مانده دائم.</p> <p><input type="checkbox"/> عکس و نتیجه رادیولوژی عضو صدمه دیده قبل و بعد از پایان معالجات.</p> <p><input type="checkbox"/> مدارک مورد تایید پزشکی قانونی مبنی بر نقص عضو دائم و کامل بیمه شده.</p>
<p>دائم و کامل ناشی از بیماری</p>	<p><input type="checkbox"/> تصویر شناسنامه و کارت ملی بیمه گذار / بیمه شده.</p> <p><input type="checkbox"/> کپی برابر اصل مدارک پزشکی و بیمارستانی مرتبط با بیماری یا حادثه شامل شرح حال اولیه، شرح فعالیت های درمانی (سیر درمان)، خلاصه پرونده، شرح عمل، نسخ دارویی و ...</p> <p><input type="checkbox"/> گواهی پزشک یا پزشکان متخصص معالج در خصوص از کارافتادگی بیمه شده.</p> <p><input type="checkbox"/> گزارش پزشک معالج مبنی بر ختم درمان و عوارض به جا مانده دائم.</p> <p><input type="checkbox"/> مدارک مورد تایید پزشکی قانونی مبنی بر نقص عضو دائم و کامل بیمه شده.</p> <p><input type="checkbox"/> نظر کمیسیون پزشکی سازمان بیمه گذار و در صورت لزوم کمیسیونهای معتبر و معتمد و قابل قبول برای بیمه گر و بیمه گذار.</p>