



بیمه پاسارگاد

(شرکت سهامی عام)

شماره: ۹۲۱/۲۱۰۰/۶۹۶۸

تاریخ: ۱۳۹۲/۱۱/۲۹

بسمه تعالی

مدیران محترم مناطق و مسئولین گرامی شعب

احتراماً؛ به پیوست نامه شماره ۹۲۱/۳۳۰۰/۲۳۵۴۶ مورخ ۹۲/۱۱/۲۹ مدیرکل محترم بیمه های اشخاص در خصوص دستورالعمل شماره ۲، بررسی و پرداخت هزینه های پزشکی در اثر حادثه بیمه عمر و تأمین آتیه و... به همراه ضامنه مربوطه جهت اطلاع و اقدام مقتضی ارسال می گردد.

حسب اله پزشکی

مدیر هماهنگی امور مناطق، شعب و نمایندگان



بیمه پاسارگاد

(شرکت سهامی عام)

شماره: ۹۲۱/۳۳۰۰/۲۳۵۴۶

تاریخ: ۱۳۹۲/۱۱/۲۹

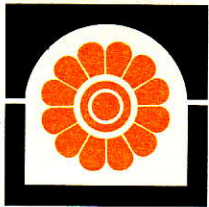
بسمه تعالی

مدیر محترم هماهنگی امور مناطق، شعب و نمایندگان
جناب آقای پزشکی

بسمه تعالی
احتراماً،

به پیوست دستورالعمل شماره ۲ بررسی و پرداخت هزینه‌های پزشکی
در اثر حادثه بیمه عمر و تأمین آتیه به همراه فرم اعلام خسارت هزینه‌های
پزشکی ناشی از حادثه ارسال می‌گردد.
خواهشمند است دستور فرمائید به نحو مقتضی به کلیه سرپرستی‌ها و
شعب اعلام گردد.

مهیر علی مطهری
مدیر کل بیمه‌های اشخاص



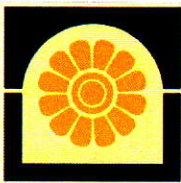
بررسی و پرداخت هزینه پزشکی در اثر حادثه بیمه عمر و تأمین آتیه

دستورالعمل شماره ۲

پیرو دستورالعمل شماره یک مورخ ۹۲/۰۴/۰۱ در ارتباط با پرداخت هزینه پزشکی ناشی از حادثه مواردی به شرح ذیل برای اجراء اعلام می گردد:

۱- از تاریخ ۹۲/۱۲/۰۱ بررسی و پرداخت هزینه پزشکی در اثر حادثه مربوط به بیمه عمر و تأمین آتیه توسط سرپرستی ها و شعب زیرمجموعه حداکثر تا مبلغ ۲.۰۰۰.۰۰۰ ریال مجاز می باشد.

۲- برای پرداخت هزینه های پزشکی علاوه بر رعایت بند الف و ب دستورالعمل شماره یک مبنی بر چگونگی دریافت مدارک خسارت و صدور ضروری است، فرم اعلام خسارت هزینه های پزشکی ناشی از حادثه ضمیمه دستورالعمل شماره ۲ بطور کامل تکمیل و به همراه سایر مدارک برای پرداخت هزینه های بیش از مبلغ ۲.۰۰۰.۰۰۰ ریال به مرکز ارجاع داده شود.



فرم اعلام خسارت هزینه های پزشکی در اثر حادثه

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 بوجود 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- شماره بیمه نامه ۴- تاریخ شروع بیمه نامه
- ۵- آدرس دقیق محل وقوع حادثه
- ۶- ساعت و تاریخ وقوع حادثه
- ۷- شرح مختصر حادثه و صدمات وارده به بیمه شده
- ۸- نام مراکز درمانی که بیمه شده برای درمان به آنجا مراجعه نموده با تاریخ مربوطه
- ۹- آیا بیمه شده تحت پوشش بیمه ای دیگری قرار دارد؟ تأمین اجتماعی ☐ خدمات درمانی ☐ سایر سازمان های بیمه ای ☐ هیچ کدام ☐
- ۱۰- آیا از محل پوشش بیمه ای فوق تمام یا بخشی از هزینه های 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 اجرائی ماده ۹۲ قانون برنامه چهارم توسعه در رابطه با حوادث رانندگی :

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

ماده ۲- شرکت های بیمه گر تجاری مکلفند هنگام صدور بیمه نامه شخص ثالث، سرشبین و مازاد عوارض 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.

۱۲- مدارک مورد لزوم برای دریافت هزینه های پزشکی در اثر حادثه .

- ☐ اصل صورتحساب مرکز درمانی
- ☐ اصل برگ های شرح حال و خلاصه پرونده و شرح عمل و ریز اقلام مصرفی
- ☐ سایر فاکتورهای درمانی
- ☐ عکس رادیوگرافی
- ☐ فرم گواهی تکمیل شده توسط پزشک معالج

در صورتی که هزینه های 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 می باشد 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 نمایید.

۱۴- جدول ذیل را به تفکیک برگ‌های هزینه پزشکی که شخصاً پرداخت نموده اید ثبت و تکمیل نمایید :

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

نام و امضاء نماینده :

امضاء بیمه‌شده :

امضاء بیمه‌گذار:

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 .

امضاء:

نام و نام خانوادگی دریافت کننده: