

➤ بیماری کروناویروس

• مدارک مورد نیاز اولیه جهت تشکیل پرونده:

۱. تکمیل فرم اعلام خسارت توسط بیمه گذار/ بیمه شده و یا صاحبان حقوق ایشان با ارائه وکالت نامه محضری. (فرم شماره ۱)
۲. تصویر مدارک بیمه نامه و اوراق الحاقی آن.
۳. تصویر کارت ملی. (کپی برابر اصل)
۴. گزارش آزمایش تشخیصی کیت کرونا ویروس که مثبت بودن آن را تایید می نماید. (کپی برابر اصل)
۵. اصل صورتحساب و اصل قبوض پرداختی با مهر تایید مرکز خدمات درمانی/ بیمارستانی به نام بیمار با ذکر تاریخ.

➤ پوشش فوت به هر علت

• مدارک مورد نیاز اولیه جهت تشکیل پرونده:

۱. تکمیل فرم اعلام خسارت توسط بیمه گذار/ ذینفع و یا صاحبان حقوق ایشان با ارائه وکالت نامه محضری. (فرم شماره ۱)
۲. اصل مدارک بیمه نامه و اوراق الحاقی آن.
۳. تصویر کارت ملی و کلیه صفحات شناسنامه باطل شده متوفی. (کپی برابر اصل)
۴. گواهی فوت تایید شده اداره ثبت احوال یا حسب مورد کنسولگری سفارت ایران در خارج کشور. (کپی برابر اصل)
۵. جواز دفن صادر شده از پزشک قانونی. (کپی برابر اصل)
۶. مدارک بیمارستانی از تاریخ وقوع / تشخیص اولیه بیماری تا تاریخ فوت (شامل شرح حال اولیه، خلاصه پرونده، شرح سیر و اقدامات تشخیصی و درمانی بیماری، شرح عمل جراحی و ...). (کپی برابر اصل)
۷. تکمیل فرم اظهار نظر پزشک معالج (فرم شماره ۲): گواهی پزشک مبنی بر نوع، زمان شروع و تشخیص بیماری، اقدامات تشخیصی اولیه، شرح سیر و اقدامات درمانی بیماری. (اصل)
۸. گزارش پاتولوژی درخصوص بیماری سرطان. (کپی برابر اصل)
۹. مدارک هر نوع سوابق بیماری، جراحی و یا بستری قبلی. (کپی برابر اصل)
۱۰. گزارش اورژانس در صورت وجود. (کپی برابر اصل)
۱۱. سوابق دفترچه بیمه درمانی بیمه شده. (کپی برابر اصل).
۱۲. گزارش کالبدشکافی (شرح معاینه جسد) و گزارش سم شناسی_صادره از پزشکی قانونی - در صورت انجام. (کپی برابر اصل)
۱۳. تصویر کارت ملی و شناسنامه ذینفعان به همراه گواهی حصر وراثت نامحدود در صورتی که ذینفع وراثت قانونی باشد. (کپی برابر اصل)

➤ پوشش امراض خاص

• مدارک مورد نیاز اولیه جهت تشکیل پرونده:

۱. تکمیل فرم اعلام خسارت توسط بیمه گذار/ بیمه شده و یا صاحبان حقوق ایشان با ارائه وکالت نامه محضری. (فرم شماره ۱)
۲. تصویر مدارک بیمه نامه و اوراق الحاقی آن
۳. تصویر کارت ملی. (کپی برابر اصل)
۴. مدارک بیمارستانی از تاریخ وقوع / تشخیص اولیه بیماری تا تاریخ اعلام خسارت (شامل شرح حال اولیه، خلاصه پرونده، شرح فعالیت های درمانی، شرح عمل و ...). (کپی برابر اصل)
۵. تکمیل فرم اظهار نظر پزشک معالج (فرم شماره ۲): گواهی پزشک مبنی بر نوع، زمان شروع و تشخیص بیماری، اقدامات تشخیصی اولیه، شرح سیر و اقدامات درمانی بیماری. (اصل)
۶. گزارش پاتولوژی درخصوص بیماری سرطان. (کپی برابر اصل)
۷. گزارش تصویربرداری. (کپی برابر اصل)
۸. نتایج آزمایشگاهی در صورت وجود. (کپی برابر اصل)
۹. گزارش اورژانس در صورت وجود. (کپی برابر اصل)
۱۰. مدارک هر نوع سوابق بیماری، جراحی و یا بستری قبلی. (کپی برابر اصل)
۱۱. سوابق دفترچه بیمه درمانی بیمه شده (کپی برابر اصل)
۱۲. درخصوص سکتة مغزی پس از سه ماه از تاریخ وقوع خطر، بر اساس اظهار نظر پزشک معالج درخصوص علائم پایدار عصبی (فرم شماره ۳) ارزیابی نهایی انجام خواهد شد. (اصل)

➤ از کارافتادگی کامل و دائم بیمه شده ناشی از بیماری یا حادثه (به هر علت)

• مدارک مورد نیاز اولیه جهت تشکیل پرونده:

۱. تکمیل فرم اعلام خسارت توسط بیمه گذار / بیمه شده و یا صاحبان حقوق ایشان با ارائه وکالت نامه محضری. (فرم شماره ۱)
۲. تصویر مدارک بیمه نامه و اوراق الحاقی آن
۳. تصویر کارت ملی. (کپی برابر اصل)
۴. تاییدیه سازمان تامین اجتماعی، پزشکی قانونی و یا بیمه گر پایه/ اول مبنی بر از کارافتادگی کامل و دائم مورد تائید شرکت می باشد.. (کپی برابر اصل).
۵. تکمیل فرم اظهار نظر پزشک معالج (فرم شماره ۲). (اصل)
۶. در مواردیکه از کارافتادگی کامل و دائم بیمه شده، ناشی از بیماری باشد: مدارک بیمارستانی از تاریخ وقوع / تشخیص اولیه بیماری تا تاریخ اعلام خسارت (شامل شرح حال اولیه، خلاصه پرونده، شرح سیر و اقدامات تشخیصی و درمانی بیماری، شرح عمل جراحی و ...). (کپی برابر اصل)
۷. در مواردیکه از کارافتادگی کامل و دائم بیمه شده، ناشی از حادثه باشد: مدارک مرتبط با حادثه -صادره از مراجع ذیصلاح قانونی- شامل گزارشات شرح حادثه، کروکی حادثه و گواهینامه رانندگی مرتبط با نوع وسیله نقلیه ای که بیمه شده هدایت آن را به عهده داشته است (چنانچه موضوع حادثه سوانح و تصادفات رانندگی باشد). (کپی برابر اصل)
۸. گزارش اورژانس در صورت وجود. (کپی برابر اصل)
۹. گزارش پاتولوژی درخصوص بیماری سرطان. (کپی برابر اصل)

۱۰. گزارش رادیولوژی و رادیوگرافی نقاط آسیب دیده. (کپی برابر اصل)
۱۱. مدارک هر نوع سوابق بیماری، جراحی و یا بستری قبلی. (کپی برابر اصل)
۱۲. سوابق دفترچه بیمه درمانی بیمه شده (کپی برابر اصل)
۱۳. در صورت نیاز، معاینه بالینی توسط پزشک معتمد بیمه گر.

➤ پوشش فوت به علت حادثه

- مدارک مورد نیاز اولیه جهت تشکیل پرونده:
 ۱. تکمیل فرم اعلام خسارت توسط بیمه گذار / ذینفع و یا صاحبان حقوق ایشان با ارائه وکالت نامه محضری. (فرم شماره ۱)
 ۲. اصل مدارک بیمه نامه و اوراق الحاقی آن.
 ۳. تصویر کارت ملی و کلیه صفحات شناسنامه باطل شده متوفی. (کپی برابر اصل)
 ۴. گواهی فوت تایید شده اداره ثبت احوال یا حسب مورد کنسولگری سفارت ایران در خارج کشور. (کپی برابر اصل)
 ۵. جواز دفن صادر شده از پزشک قانونی. (کپی برابر اصل)
 ۶. گزارش اورژانس در صورت وجود. (کپی برابر اصل)
 ۷. مدارک بیمارستانی از تاریخ وقوع حادثه تا تاریخ فوت (شامل شرح حال اولیه، خلاصه پرونده، شرح فعالیت های درمانی، شرح عمل و...). (کپی برابر اصل)
 ۸. مدارک مرتبط با حادثه - صادره از مراجع ذیصلاح قانونی - شامل گزارش های: شرح حادثه، کروکی حادثه و گواهینامه رانندگی مرتبط با نوع وسیله نقلیه ای که بیمه شده هدایت آن را به عهده داشته است (در مواردیکه موضوع حادثه سوانح و تصادفات رانندگی باشد). (کپی برابر اصل)
 ۹. تکمیل فرم اظهار نظر پزشک معالج (فرم شماره ۲). (اصل)
 ۱۰. تصویر کارت ملی و شناسنامه ذینفعان به همراه گواهی حصر وراثت نامحدود در صورتی که ذینفع وراث قانونی باشد. (کپی برابر اصل)

➤ پوشش نقص عضو دائم (از کارافتادگی جزئی و دائم) ناشی از حادثه

- مدارک مورد نیاز اولیه جهت تشکیل پرونده:
 ۱. تکمیل فرم اعلام خسارت توسط بیمه گذار / بیمه شده و یا صاحبان حقوق ایشان با ارائه وکالت نامه محضری. (فرم شماره ۱)
 ۲. تصویر مدارک بیمه نامه و اوراق الحاقی آن.
 ۳. تصویر کارت ملی. (کپی برابر اصل)
 ۴. تاییدیه سازمان تامین اجتماعی، پزشکی قانونی و یا بیمه گر پایه / اول مبنی بر تعیین میزان از کارافتادگی جزئی و دائم (درصد نقص عضو دائم). (کپی برابر اصل).
 ۵. مدارک مرتبط با حادثه - صادره از مراجع ذیصلاح قانونی - شامل گزارش های شرح حادثه، کروکی حادثه و گواهینامه رانندگی مرتبط با نوع وسیله نقلیه ای که بیمه شده هدایت آن را به عهده داشته است (چنانچه موضوع حادثه سوانح و تصادفات رانندگی باشد). (کپی برابر اصل)

۶. مدارک بیمارستانی مرتبط با وقوع حادثه (شامل شرح حال اولیه، خلاصه پرونده، شرح فعالیت های درمانی، شرح عمل و...). (کپی برابر اصل)
۷. گزارش اورژانس در صورت وجود. (کپی برابر اصل)
۸. گزارش رادیولوژی و رادیوگرافی نقاط آسیب دیده. (کپی برابر اصل)
۹. تکمیل فرم اظهار نظر پزشک معالج (فرم شماره ۲). (اصل)
۱۰. در صورت نیاز، معاینه بالینی توسط پزشک معتمد بیمه گر.

➤ پوشش هزینه پزشکی ناشی از حادثه (غرامت)

- مدارک مورد نیاز اولیه جهت تشکیل پرونده:
 ۱. تکمیل فرم اعلام خسارت توسط بیمه گذار/ بیمه شده و یا صاحبان حقوق ایشان با ارائه وکالت نامه محضری. (فرم شماره ۱)
 ۲. تصویر مدارک بیمه نامه و اوراق الحاقی آن، فرم پیشنهاد.
 ۳. تصویر کارت ملی. (کپی برابر اصل)
 ۴. تکمیل فرم اظهار نظر پزشک معالج (فرم شماره ۲). (اصل)
 ۵. مدارک بیمارستانی مرتبط با وقوع حادثه (شامل شرح حال اولیه، خلاصه پرونده، شرح فعالیت های درمانی، شرح عمل و...). (کپی برابر اصل)
 ۶. گزارش اورژانس (کپی برابر اصل)
 ۷. اصل صورتحساب و اصل قبوض پرداختی با مهر تایید مرکز خدمات درمانی/ بیمارستانی به نام بیمار با ذکر تاریخ.
 ۸. مدارک مرتبط با حادثه - صادره از مراجع ذیصلاح قانونی- شامل گزارش های: شرح حادثه، کروکی حادثه و گواهی نامه رانندگی مرتبط با نوع وسیله نقلیه ای که بیمه شده هدایت آن را به عهده داشته است (در مواردیکه موضوع حادثه سوانح و تصادفات رانندگی باشد). (کپی برابر اصل)

فرم اعلام خسارت رشته عمر اندوخته دار (فرم شماره ۱)

اطلاعات بیمه شده (زیان دیده)

* نام: * نام خانوادگی: * کد ملی:

* شماره بیمه نامه: * تاریخ صدور:

* شغل بیمه شده (الزامیست): (در صورت وجود شغل فرعی حتما اعلام گردد):

* آدرس محل کار (الزامیست):

* آدرس محل سکونت (مکاتبات قانونی) با ذکر کد پستی (الزامیست):

* تلفن همراه (الزامیست): * تلفن ثابت (الزامیست):

* سابقه بستری قبلی در بیمارستان دارد؟ ۱- خیر ☐ ۲- بلی ☐ اگر بلی مدارک ضمیمه شود.

* سابقه بیماری های مهم (نظیر بیماری قلبی، دیابت و بیماری های دیگر) دارد؟ ۱- خیر ☐ ۲- بلی ☐

اگر پاسخ مثبت است سابقه با قید نام بیماری، تاریخ شروع، نام و مدت زمان داروی مصرفی، نام و آدرس پزشک معالج را ذکر فرمایید:

.....

علت ادعای خسارت

* امراض خاص ☐

* فوت به هر علت ☐

* فوت بر اثر حادثه ☐

* معافیت از پرداخت حق بیمه ☐

* هزینه پزشکی ناشی از حادثه ☐

* نقص عضو دائم (از کارافتادگی جزئی و دائم) ناشی از حادثه ☐

تاریخ وقوع:

تاریخ وقوع:

تاریخ وقوع:

تاریخ وقوع:

تاریخ وقوع:

تاریخ وقوع:

شرح ادعای خسارت

* شرح مختصر از وقوع خطر: (با ذکر دقیق زمان / مکان / شهر / پیگیری ها و اقدامات انجام شده)

.....

* مراجعات پزشکی و درمانی:

* شرح مختصر انجام عمل جراحی و یا اعمال درمانی دیگر:

اطلاعات اعلام کننده خسارت (سمت قانونی)

نام و نام خانوادگی: نسبت وی با بیمه شده: (بیمه گذار ☐ بیمه شده ☐ ذینفع ☐ صاحبان حقوق ایشان (با ارائه وکالت نامه محضری) ☐)

آدرس: شماره تلفن ثابت: شماره تلفن همراه:

تاریخ و امضاء:

فرم اظهار نظر پزشک معالج (فرم شماره ۲)

مدیریت / ریاست محترم

همکار محترم سرکار خانم دکتر/جناب آقای دکتر

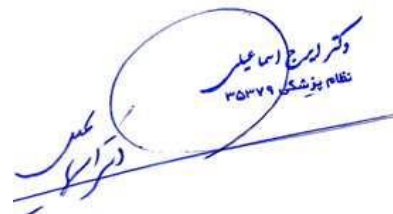
با سلام و احترام

نظر به بررسی پرونده خسارت مربوط به بیمه عمر خانم/ آقای به شماره ملی در شرکت بیمه کارآفرین، خواهشمند است سوالات زیر تا حد امکان بدون قلم خوردگی پاسخ داده شود.

با تشکر

دکتر ایرج اسماعیلی

پزشک مشاور شرکت بیمه کارآفرین



(۱) نام بیماری و شرح ابتلاء :

(۲) تاریخ شروع بیماری :

(۳) تاریخ اولین و آخرین مراجعه بیمار :

(۴) تاریخ تشخیص و درمان اولیه بیماری :

(۵) شرح اقدامات درمانی و نتیجه انجام آنها :

(۶) آیا درمان بیمار خاتمه یافته است یا خیر؟

(۷) آیا بیمار برای انجام اقدامات دیگر پزشکی به مراکز دیگر معرفی شده‌اند؟ لطفا در صورت مثبت بودن پاسخ نام آن مرکز ذکر گردد؟

(۸) پیش آگهی بیماری را چگونه ارزیابی می‌نمایید؟

در موارد سکته قلبی	9- Depend on your diagnosis is this case a Myocardial Infarction or not?
در موارد سرطان	10- Due to pathology report is this case malignant or in situ or begnine?

نام و نام خانواگی پزشک معالج

امضاء، تاریخ، مهر

فرم تایید علائم پایدار عصبی (فرم شماره ۳)

Karafarin Insurance Co.



تاریخ:

همکار محترم سرکار خانم / جناب آقای دکتر.....

با عرض سلام و احترام

از آنجایی که پرونده خسارت مربوط به بیمه عمر خانم / آقای

به شماره ملی در شرکت بیمه کارآفرین تحت بررسی است؛

لذا خواهشمند است ضمن معاینه عصبی دوازده زوج مغزی و سیستم خود مختار
در ایشان، به سوالات ذیل پاسخ داده شود:

۱- آیا در gaiting و speeching اختلال دارد؟

۲- آیا علائم پایدار عصبی که منجر به اختلال در عملکرد ایشان بشود وجود دارد؟

۳- پیش آگهی بیماری ایشان را چگونه ارزیابی می کنید؟

با تشکر

دکتر ایرج اسماعیلی

پزشک معتمد شرکت بیمه کارآفرین

دکتر ایرج اسماعیلی
نظام پزشکی ۳۵۳۷۹