



فرم درخواست هزینه پوشش تکمیلی درمان بیماری های خاص

با سلام

ضمن آرزوی سلامتی برای شما بیمه شده گرامی، خواهشمند است اطلاعات درخواستی در فرم زیر را بدقت تکمیل نمایید. شایان ذکر است که کامل بودن مدارک و اطلاعات درخواستی، روند بررسی پرونده را سرعت می بخشد. اطلاعات تکمیلی و مدارک ارسالی توسط پزشک معتمد شرکت بررسی شده و چنانچه موارد بررسی شده طبق شرایط عمومی (پوشش تکمیلی درمان بیماری های خاص) بیمه های زندگی و سرمایه گذاری باشد، هزینه ها طبق تعهدات مندرج در بیمه نامه پرداخت خواهد شد. لطفا اصل یا تصویر برابر اصل مدارک درخواستی را پیوست این فرم نمایید.

کد رهگیری اعلام خسارت تعداد برگ پیوست

بیمه گذار: کد ملی بیمه گذار:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

بیمه شده: کد ملی بیمه شده:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

شماره تماس (ثابت با پیش شماره) شماره تماس (همراه): ۹:.....

شماره بیمه نامه:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 تاریخ شروع:/...../۱۳.....

نوع بیماری: سرطان پیوند اعضا اصلی (کبد، کلیه، ریه، قلب، مغز و استخوان) سکته قلبی سکته مغزی عمل قلب باز
آیا تا کنون از پوشش امراض خاص استفاده کرده اید؟ بلی مبلغ دریافت شده را ذکر کنید:

مشخصات بیمه گذار

بیمه گذار: بیمه شده: (در صورتی که فرم توسط بیمه گذار یا بیمه شده تکمیل شده، نیازی به تکمیل این کادر نیست)

در صورتی که شخصی غیر از بیمه گذار یا بیمه شده این فرم را تکمیل می کند، اطلاعات خود را ذکر کند:

نام و نام خانوادگی: کد ملی:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

نسبت با بیمه گذار: نسبت با بیمه شده:

شماره تماس (ثابت با پیش شماره): شماره تماس (همراه): ۹:.....

آدرس:

تاریخ تکمیل فرم و امضاء:/...../۱۳.....

مشخصات تکمیل کننده فرم

۱. از چه زمانی متوجه این بیماری شده اید؟

۲. بیماری با چه علایمی شروع شد؟

۳. چه اقدامات تشخیصی انجام داده اید؟

۴. چه درمانهایی انجام داده اید؟

۵. چند بار در بیمارستان بستری شده اید و در کدام بیمارستانها؟

۶. آیا قبلا سابقه این بیماری را داشته اید؟ از چه زمانی؟

۷. آیا سابقه بیماریهای دیگر را داشته اید؟ چه بیماریهایی؟ و از چه زمانی؟

۸. در حال حاضر چه داروهایی مصرف میکنید؟

۹. قبل از این بیماری چه داروهایی مصرف میکردید؟

۱۰. آیا سابقه این بیماری یا بیماریهای مشابه را در خانواده و اقوام داشته اید؟ چه بیماری؟ در کدام یک از نزدیکان؟

لطفا تمامی مدارک این بیماری و بیماریهای دیگر را ضمیمه فرمایید.

سوالات پزشکی



فرم درخواست هزینه پوشش تکمیلی درمان بیماری های خاص

در صورتی که تحت پوشش بیمه ای هستید نام ببرید: (تامین اجتماعی، خدمات درمانی، بیمه سلامت و غیره)

آیا هزینه ای از بیمه های دیگر دریافت کرده و یا در حال دریافت هستید؟ کدام شرکت بیمه؟ چه مبلغی؟

در صورتی که در شرکت های دیگر بیمه نامه ای دارید که پوشش امراض خاص دارد را اعلام نمایید:

نام شرکت: نوع بیمه نامه: شماره بیمه نامه: مبلغ سرمایه امراض خاص: تاریخ شروع: / / ۱۳

۱- کپی بیمه نامه و جداول ضمایم بیمه نامه

۲- تصویر برابر اصل صفحه اول شناسنامه و کارت ملی بیمه شده

۳- اصل یا تصویر برابر اصل گزارش اولین مرجع درمانی یا گزارش پذیرش اورژانس

۴- اصل یا تصویر برابر اصل خلاصه پرونده بیمارستانی شامل (برگه شرح حال و معاینه، برگه پیشرفت معالجات، برگه های مشاوره، برگه شرح عمل و پاتولوژی)

۵- دفترچه های درمانی بیمه شده مربوط به یک سال قبل تا تاریخ وقوع خسارت

۶- (الزاما) اصل صورتحساب بیمارستانی و صورتحساب پزشکان

۷- تبصره: در صورت داشتن بیمه گر اولیه از قبیل خدمات درمانی یا تامین اجتماعی ارائه تصویر برابر اصل صورتحساب بیمارستانی و کپی برابر اصل چک بیمه گر اولیه

۸- اصل گواهی پزشک معالج مبنی بر نوع خدمات انجام شده و میزان حق العمل دریافتی

۹- ریز نسخ دارویی و لوازم مصرفی اتاق عمل

۱۰- اصل یا تصویر برابر اصل شده شرح عمل انجام شده

۱۱- مدارک انجام آزمایشات و رادیولوژی ها و (ام آر آی) و سیتی اسکن شامل تجویز پزشک و قبض پرداخت

