

فرم درخواست خسارت پوشش های بیمه های زندگی

مشخصات بیمه نامه	نام و نام خانوادگی بیمه گزار: کد ملی: شماره تلفن همراه:
	نام و نام خانوادگی بیمه شده: کد ملی: شماره تماس:
شرح خسارت	شماره بیمه نامه: وضعیت بیمه نامه در تاریخ حادثه: <input type="checkbox"/> جاری <input type="checkbox"/> معلق <input type="checkbox"/> ابطال شده <input type="checkbox"/> شغل اصلی بیمه شده: شغل فرعی بیمه شده: شغل بیمه گذار: آیا تا کنون از شرکت بیمه ملت خسارت دریافت نموده اید؟ در صورت مثبت بودن پاسخ، تاریخ حادثه، مبلغ و تاریخ دریافت را نیز ذکر نمایید.
	فوت <input type="checkbox"/> فوت در اثر حادثه <input type="checkbox"/> نقص عضو ناشی از حادثه <input type="checkbox"/> هزینه پزشکی ناشی از حادثه <input type="checkbox"/> امراض خاص <input type="checkbox"/> گرامت روزانه بستری شدن در بیمارستان ناشی از حادثه <input type="checkbox"/> معافیت از پرداخت حق بیمه <input type="checkbox"/> سرمایه از کارافتادگی <input type="checkbox"/>
مشخصات سایر بیمه ها	تاریخ وقوع حادثه / بیماری علت حادثه / بیماری (با ذکر نام بیماری) وضعیت بیماری / حادثه را به طور کامل شرح دهید. چه اقدامات تشخیصی انجام شده است؟ چه درمان هایی انجام داده اید؟ چه مدت بستری بوده اید؟ (نام مراکز درمانی و تاریخ بستری و ترخیص را ذکر نمایید) چنانچه تاریخ اعلام خسارت، پیش از موعد مقرر در شرایط بیمه نامه می باشد، علت تأخیر در اعلام خسارت را بیان نمایید. (در صورت اعلام خسارت پس از گذشت مهلت مقرر از تاریخ وقوع خسارت، امکان تشکیل پرونده وجود دارد؛ ولی اگر مدارک لازم جهت رسیدگی به پرونده به علت مرور زمان، از دست رفته باشد، امکان پرداخت خسارت وجود ندارد)
	آیا تحت پوشش بیمه های زیر هستید یا بوده اید؟ تأمین اجتماعی <input type="checkbox"/> خدمات درمانی <input type="checkbox"/> نیروهای مسلح <input type="checkbox"/> سلامت <input type="checkbox"/> ایرانیان <input type="checkbox"/> سایر (نام ببرید): آیا هزینه ای از محل بیمه های دیگر (حوادث، درمان، درمان تکمیلی، عمر، ثالث، مسؤولیت و ...) دریافت کرده و یا در حال دریافت هستید؟ کدام شرکت؟ چه مبلغی؟ در صورتی که در شرکت بیمه ملت و یا سایر شرکت ها، بیمه نامه دیگری دارید، نام شرکت را ذکر نموده و نوع بیمه نامه را انتخاب نمایید. ثالث <input type="checkbox"/> درمان تکمیلی <input type="checkbox"/> مسؤولیت <input type="checkbox"/> عمر <input type="checkbox"/> حوادث <input type="checkbox"/> سایر (نام ببرید):
تأیید تکمیل کننده فرم	نام صاحب حساب (بیمه گذار/ذینفع): نام بانک: شماره شبا: شماره حساب:
	*چنانچه تعداد ذینفعان دریافت خسارت بیش از یک نفر است، مشخصات حساب (نام بانک، شماره حساب و شماره شبا) برای هر ذینفع در انتهای فرم درج گردد. اینجانب فرزند به کد ملی با شماره تلفن همراه ، اعلام می دارم در خصوص ارائه هرگونه اطلاعات و مدارک مورد نیاز و درخواستی شرکت بیمه ملت برای تشکیل و بررسی پرونده خسارت، همکاری لازم را به عمل آورم. همچنین بدین وسیله اعلام می دارم که تمام اطلاعات ارائه شده توسط اینجانب در این فرم کاملاً درست بوده و هیچگونه اطلاعاتی که ممکن است در فرایند ارزیابی خسارت تأثیر داشته باشد را کتمان نکرده ام. نام و نام خانوادگی / تاریخ / امضا
صرف تکمیل فرم اعلام خسارت، هیچ گونه تعهدی برای شرکت بیمه ملت ایجاد نمی کند. پرداخت خسارت و میزان آن منوط به بررسی و کارشناسی مدارک خسارت ارسالی خواهد بود. ضمناً شرکت بیمه ملت یا پزشکان معتمد شرکت اجازه دارند هرگونه اطلاعات که در مورد خسارت واقع شده نیاز باشد یا سایر مدارک پزشکی و اطلاعات مورد نیاز دیگر را از مراکز ذیربط کسب نمایند.	

فرم درخواست خسارت پوشش های بیمه های زندگی

تأیید نماینده/مرکز خسارت

اینجانب نماینده کد شخصاً بیمه گذار/ ذینفع را ملاقات نموده، ضمن ارائه اطلاعات کافی و دقیق درباره شرایط درخواست و احراز هویت ایشان و نیز اخذ تصویر شناسنامه/کارت ملی / اصل بیمه نامه / کلیه ضmannم و الحاقیه های صادره، صحت امضای بیمه گذار/ذینفع را تأیید می نمایم.
نام و نام خانوادگی/ تاریخ / امضا

شرح هزینه ها

شرح هزینه درمانی	تاریخ	مبلغ (ریال)	شرح هزینه درمانی	تاریخ	مبلغ (ریال)
جمع هزینه ها (ریال)			جمع هزینه ها (ریال)		

تکمیل این جدول در خسارت های "امراض خاص" و "هزینه پزشکی ناشی از حادثه" اجباری بوده و عدم تکمیل جدول به منزله عدم وجود هزینه درمانی می باشد.

مشخصات حساب ذینفعان

نام و نام خانوادگی : کد ملی : نام بانک :

شماره شبا : شماره حساب :

نام و نام خانوادگی : کد ملی : نام بانک :

شماره شبا : شماره حساب :

نام و نام خانوادگی : کد ملی : نام بانک :

شماره شبا : شماره حساب :

نام و نام خانوادگی : کد ملی : نام بانک :

شماره شبا : شماره حساب :