



**فرم اعلام خسارت بیمه حوادث دانش آموزی**

**تاریخ:**

شرکت بیمه دانا ، شعبه.....

باسلام واحترام ،عطف به قرارداد شماره .....بیمه حوادث و مازاددرمان دانش آموزان و کارکنان وزارت آموزش و پرورش (سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۳)بدینوسیله مدارک عمل جراحی □ هزینه پزشکی □ غرامت نقص عضو □ غرامت فوت □ بیمه مسئولیت مدنی □ خانم /آقای .....فرزند .....به شماره شناسنامه .....شماره ملی.....تاریخ تولد.....از دانش آموزان /کارکنان خانواده کارکنان آموزشگاه .....شماره تلفن .....منطقه .....آموزش و پرورش شهرستان .....جهت بررسی و پرداخت خسارت نامبرده ارسال می گردد.

**شرح مختصری از حادثه:**

بدینوسیله اعلام می دارد خانم/آقای .....در تاریخ .....در حین انجام .....به علت .....

دچار حادثه گردیده است .

نام و نام خانوادگی ولی / قیم قانونی دانش آموز : ..... کدملی قیم یا ولی دانش آموز..... شماره تلفن همراه ولی دانش آموز :

شماره شبای حساب جهت پرداخت خسارت در تعهد شماره حساب ..... نزد بانک..... نام و کد شعبه..... شماره شبای

I	R																	
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

مهر و امضاء اداره کل آموزش و پرورش استان /اداره/ناحیه /منطقه/آموزشگاه.....تاریخ.....

**مدارک لازم جهت پرداخت غرامت فوت، نقص عضو ، هزینه پزشکی ناشی از حادثه و اعمال جراحی**

ردیف	الف-هزینه پزشکی	ب-نقص عضو	ج- فوت	د-هزینه خرید و پیوند کلیه
۱	اصل یا کپی برابر اصل شده گزارش حادثه تنظیم شده توسط مراجع ذیصلاح	اصل یا کپی برابر اصل شده گزارش حادثه تنظیم شده توسط مراجع ذیصلاح	اصل یا کپی برابر اصل شده گزارش حادثه تنظیم شده توسط مراجع ذیصلاح	گواهی انجمن حمایت از بیماران کلیوی دال بر انجام عمل با ذکر تاریخ
۲	در صورت انجام اعمال جراحی بیمارستانی اصل صورتحساب های بیمارستانی بهمراه ریز داروها و لوازم مصرفی،فاکتورهای انجام آزمایش ، رادیولوژی و ..	اصل یا تصویر برابر اصل شده گزارش اولین مرجع درمانی و مدارک بیمارستانی (شرح عمل و .. )	اصل یا تصویر برابر اصل شده خلاصه رونوشت وقفات	اصل یا تصویر برابر اصل شرح عمل از بیمارستان مربوطه
۳	گواهی پزشک معالج مبنی بر نوع عمل و میزان حق العمل دریافتی و گواهی پزشک بیهوشی	عکس های رادیوگرافی انجام شده ار عضو حادثه دیده بنا به نوع حادثه در صورت نیاز	اصل یا تصویر برابر اصل شده گواهی فوت پزشکی قانونی و جواز دفن	تصاویر کارت انجمن و شناسنامه دهنده و گیرنده کلیه
۴	در صورت استفاده از سازمان های بیمه ای تصویر صورتحساب ها به همراه گواهی دال بر مبلغ دریافتی از سازمان های مذکور	گواهی پزشک معالج مبنی بر انجام معالجات و ایجاد نقص عضو	اصل یا تصویر برابر اصل شده صفحات شناسنامه باطل شده و تصویر کارت ملی متوفی	گواهی فرددهنده دال بر اهدا کلیه و ذکر مبلغ دریافتی با امضاء و اثر انگشت و ذکر تلفن و آدرس دقیق
۵	تصویر کارت ملی و صفحه اول شناسنامه بیمه شده	تصویر کارت ملی و صفحه اول شناسنامه بیمه شده	تصویر کارت ملی و صفحه اول شناسنامه وراث بیمه شده	تصاویر چک حواله یا فیش واریزی در وجه دهنده کلیه
۶	در صورت معالجه سرپایی گواهی پزشک مبنی بر اعمال انجام شده و وسایل مصرفی، فاکتورهای انجام آزمایش و رادیولوژی، نسخ داروهای مصرفی مهمور به مهر داروخانه و ...		اصل یا تصویر برابر اصل شده گواهی انحصار وراثت بیمه شده	تصویر کارت ملی دهنده و گیرنده کلیه

تذکر: در صورت شمول بیمه شده موضوع تبصره ۴ ماده ۵(بیمه شدگان رایگان) مستندات مربوطه ضمیمه گردد.