



فرم چک لیست تشکیل پرونده خسارت بیمه های مسئولیت حرفه ای پزشکان و پیراپزشکان

شماره سند: FM-LI-21/02

تاریخ: ۱۳ / /

پیوست:

صفحه: ۱ از ۱

نام بیمه گذار:	شماره بیمه نامه:	نام زیان دیده:	کارشناس پرونده:
.....

الف : مستندات راست پرونده

ردیف	مدارک	بلی	خیر	توضیحات
۱	آیا فرم پیشنهاد در پرونده موجود می باشد؟			
۲	آیا فرم پیشنهاد دارای تأیید بیمه گذار (مهر و امضا) می باشد؟			
۳	آیا شرایط عمومی بیمه نامه در پرونده موجود می باشد؟			
۴	آیا نوع حادثه واقع شده با مفاد شرایط عمومی (استثنائات و تعهدات بیمه گذار و ...) بیمه نامه مطابقت داده شده است؟			
۵	آیا صورتحساب تفصیلی پرداخت حق بیمه در پرونده موجود می باشد؟			

ب : مستندات سمت چپ پرونده

ردیف	مدارک	بلی	خیر	توضیحات
۱	آیا فرم اعلام حادثه در پرونده موجود می باشد؟			
۲	آیا فرم اعلام حادثه به ثبت اندیکاتور اتوماسیون شعبه رسیده است؟			
۳	آیا تاریخ وقوع حادثه بین بازه شروع و پایان بیمه نامه است؟			
۴	آیا مدارک شناسایی زیان دیده / زیان دیدگان (شناسنامه و کارت ملی) اخذ و در پرونده درج گردیده است؟			
۵	آیا تصویر برابر با اصل پرونده بیمارستانی زیان دیده در پرونده موجود می باشد؟			
۶	آیا تاریخ حادثه با تاریخ پذیرش زیان دیده در مرکز/مراکز درمانی مطابقت دارد؟			
۷	آیا گواهی پایان دوره درمان زیان دیده در پرونده درج گردیده است؟			
۸	آیا نوع خسارت واقع شده با تخصص پزشک و پیراپزشک مطابقت دارد؟			
۹	آیا تصویر سوابق تحصیلی و گواهی نامه های حرفه ای معتبر بیمه گذار در پرونده موجود می باشد؟			
۱۰	آیا نظریه کمیسیون پزشکی در پرونده موجود می باشد؟			
۱۱	آیا تصویر برابر با اصل رای دادگاه (قطعی) در پرونده موجود می باشد؟			
۱۲	آیا اوراق پرونده خسارت پس از جمع آوری موارد فوق الذکر پشت نمره و ممهور به مهر شعبه گردیده است؟			

نام و امضاء کارشناس پرونده	نام و امضاء رئیس شعبه