



فرم آنالیز خسارت هزینه‌های پزشکی در اثر حادثه - بیماری
بیمه های عمر و زندگی

شماره سند: FM-LV-66/01

تاریخ: / / ۱۴

پیوست:

صفحه: ۱ از ۱

نام و نام خانوادگی بیمه‌شده:	شماره بیمه‌نامه:	تاریخ شروع بیمه‌نامه:
نام و کد شعبه:	تاریخ اعلام خسارت:	تاریخ وقوع خسارت:

آیا هزینه‌های انجام شده با خسارت مطابقت دارد؟	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
آیا نیاز به مستندات بیشتری برای بررسی خسارت دارد؟ در صورت پاسخ مثبت درخواست شود.	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
آیا خسارت ایجاد شده قبل از شروع بیمه‌نامه بوده است؟	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
آیا نیاز به مستندات بیشتری برای بررسی سوابق قبلی پزشکی وجود دارد؟ در صورت پاسخ مثبت درخواست شود.	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
طبق شرح حادثه هزینه‌ها/پرداخت‌های انجام شده با وقوع حادثه از نظر پزشکی مطابقت دارد؟	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر

ردیف	مبلغ صورتحساب پرداخت شده			توضیحات
	مبلغ (ریال)	تاریخ	شرح	
۱	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	
۲	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	
۳	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	
۴	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	
۵	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	
۶	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	
۷	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	
۸	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	
۹	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	
۱۰	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	
جمع هزینه‌های انجام شده:				

مبلغ کل تأیید شده به حروف:

تعداد موارد تأیید شده:

نظر پزشک معتمد شرکت / بررسی اول:

مبلغ کل تأیید شده به حروف:

تعداد موارد تأیید شده:

نظر پزشک معتمد شرکت / بررسی دوم: