



# فرم خلاصه پرونده های خسارت مسئولیت حرفه ای پزشکان و

## پیراپزشکان - شعب

شماره سند: FM-LB-13/05

تاریخ: ۱۴ / /

پیوست: .....

صفحه: 1 از 2

|                                                                                                                                                                         |                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| شماره پرونده خسارت:                                                                                                                                                     | نام و کد شعبه:                                                                              | نوع بیمه نامه:<br><input type="checkbox"/> پزشکان <input type="checkbox"/> پیراپزشکان                                                                                                                                                |
| نام بیمه گذار:                                                                                                                                                          | شماره بیمه نامه:                                                                            | واحد صدور بیمه نامه:                                                                                                                                                                                                                 |
| مدت اعتبار بیمه نامه:                                                                                                                                                   | تاریخ صدور بیمه نامه:                                                                       | تعداد الحاقیه صادره:<br>تعداد الحاقیه مؤثر:<br>شماره الحاقیه مؤثر:                                                                                                                                                                   |
| تاریخ شروع:                                                                                                                                                             | تاریخ پایان:                                                                                | تعدادات غرامت نقص عضو و فوت در هر حادثه:                                                                                                                                                                                             |
| آیا بیمه نامه دارای الحاقیه افزایش تعهدات است؟<br><input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر                                                             | آیا حادثه در ماه حرام می باشد؟<br><input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر | نحوه پرداخت حق بیمه: نقدی <input type="checkbox"/> اقساط <input type="checkbox"/><br>تا تاریخ حادثه اقساط در سر رسید مقرر پرداخت شده است: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/><br>نسبت قاعده نسبی $\frac{A}{B}$ |
| نام زیان دیده:                                                                                                                                                          | تاریخ حادثه:                                                                                | تاریخ اطلاع از حادثه:                                                                                                                                                                                                                |
| نوع تخصص پزشک / پیراپزشک:                                                                                                                                               | نوع صدمه وارده:<br>فوت <input type="checkbox"/> نقص عضو <input type="checkbox"/>            | آیا خسارت مشمول مرور زمان می شود:<br><input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر                                                                                                                                       |
| مطابقت مفاد بیمه نامه (شامل تخصص پزشک و پیرا پزشک ، استثنائات و ...) با حادثه اعلامی:<br>دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> علت مغایرت: ..... |                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                      |
| میزان قصور بیمه گذار: %.....                                                                                                                                            | درصد نقص عضو زیان دیده طبق نظر پزشک معتمد بیمه گر و یا رأی مراجع قضایی: %.....              |                                                                                                                                                                                                                                      |
| میزان قصور سایر عوامل: %.....                                                                                                                                           | درصد ارش تعیین شده بر اساس رأی مراجع قضایی: %.....                                          |                                                                                                                                                                                                                                      |
| در صورت فوت زیان دیده، آیا تاریخ وقوع حادثه و فوت هر دو در ماه حرام بوده است؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>                                 |                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                      |
| تاریخ صدور رأی:                                                                                                                                                         | تاریخ قطعیت رأی:                                                                            | تاریخ تحویل رأی به شعبه:                                                                                                                                                                                                             |
| تاریخ تکمیل مدارک توسط بیمه گذار / دینفع:                                                                                                                               | تاریخ بررسی پرونده توسط کارشناس شعبه:                                                       | تاریخ ارسال پرونده به ستاد:                                                                                                                                                                                                          |
| شرح و چگونگی وقوع حادثه و محاسبه خسارت                                                                                                                                  |                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                      |



## فرم خلاصه پرونده های خسارت مسئولیت حرفه ای پزشکان و

### پیراپزشکان - شعب

شماره سند: FM-LB-13/05

تاریخ: ۱۴ / /

پیوست: .....

صفحه: 2 از 2

| پرونده                            | مشخصات پرونده             | شماره پرونده خسارت: | نام و کد شعبه: | نوع بیمه نامه:<br><input type="checkbox"/> پزشکان<br><input type="checkbox"/> پیراپزشکان |
|-----------------------------------|---------------------------|---------------------|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| نظر رسیدگی کننده (کارشناس) پرونده | امضاء رسیدگی کننده پرونده |                     |                |                                                                                          |
| نظر تأیید کننده                   | امضاء رئیس شعبه           |                     |                |                                                                                          |