



بیمه شده گرامی لطفاً درخصوص ارائه مدارک و دریافت هزینه های درمانی خود به موارد زیر توجه فرمایید :

۱- مدارک مورد نیاز جهت پرداخت هزینه های بیمه درمان:

- ❖ تکمیل فرم درخواست هزینه های درمانی
- ❖ کپی صفحه اول دفترچه بیمه شخص (نفر اصلی و بیمه شده)
- ❖ اصل دستور پزشک (برگه آبی دفترچه بیمه به همراه مهر و امضای پزشک)
- ❖ اصل فاکتور پرداختی
- ❖ کپی جواب (آزمایش، سونو، سی تی اسکن و....)
- ❖ اصل صورتحساب بیمارستان و پرونده پزشکی دریافتی از بیمارستان (در موارد بستری)

۲- از ارائه پرونده های ناقص به نماینده بیمه جداً خودداری نمایید .

۳- جهت دریافت هزینه هایی که تعرفه آنها به صورت آزاد محاسبه شده و روی برگه فاکتور پرداخت کلمه آزاد قید شده است برگه سبز دستور پزشک نیز ضمیمه مدارک شود .

۴- جهت دریافت هزینه عینک الزاماً برگه سبز دفترچه نیز ضمیمه مدارک شود.

۵- در صورت کمرنگ بودن برگ آبی دستور پزشک، برگه قرمز دفترچه نیز ضمیمه مدارک شود.

۶- دقت فرمایید دستور پزشک حتماً خوانا و دارای مهر باشد، در غیر این صورت پرونده شما قابل رسیدگی نخواهد بود.

۷- فاکتور پرداختی هزینه ها باید دارای مهر مرکز باشد و از ارائه فیش دستگاه پوز یا رسیدهای دست نویس و فاقد مهر جداً خودداری نمایید.

۸- درخصوص هزینه های بیمارستانی، بیمه شده در انتخاب هر یک از بیمارستان های داخل کشور آزاد است و پس از پرداخت هزینه مربوط باید صورتحساب مرکز درمانی را به انضمام نظریه پزشک یا پزشکان معالج در خصوص علت بیماری و شرح معالجات انجام شده دریافت و به بیمه گر تسلیم کند تا نسبت به واریز هزینه ها در وجه بیمه شده مطابق با جدول تعهدات اقدامات بعدی صورت پذیرد.

۹- بیمه گر هیچگونه تعهدی نسبت به جبران هزینه های اعمال غیر مجاز سرپایی ندارد .

۱۰- فرانشیز در این بیمه نامه مطابق با جدول تعهدات برای نفر اصلی و تحت تکفل برابر با ۳۰ درصد و غیر تحت تکفل ۴۰ درصد محاسبه خواهد بود. و در صورتی که سهم بیمه گر پایه کمتر از فرانشیز مقرر در قرارداد باشد، ما به التفاوت سهم بیمه گر پایه و فرانشیز از خسارت مورد تایید بیمه گر کسر خواهد شد .

۱۱- پس از ارائه مدارک درمانی، برگه رسید خود را از کارشناس بیمه دریافت نمایید.

۱۲- مدت زمان رسیدگی و پرداخت پرونده های هزینه های درمانی ۲۱ الی ۳۰ روز از زمان تحویل به نماینده بیمه میباشد.

۱۳- جهت ارائه پرونده روزهای چهارشنبه و پنجشنبه از ساعت ۹ الی ۱۳ به واحد صدور بیمه نامه (به نشانی: بلوار پیروزی- بین پیروزی ۸ و ۱۰- پلاک ۲۷۶- طبقه اول - واحد۱) مراجعه نمایید.

۱۴- از تماس خارج از روزهای اعلام شده با شرکت بیمه و دفتر انجمن خودداری نمایید.

۱۵- جهت دریافت مشاوره و یا پیگیری پرونده با شماره ۰۵۱-۳۸۷۹۱۳۱۲ داخلی ۲ (بیمه های درمان) یا شماره ۰۹۳۹۱۹۷۸۱۷۱ تماس حاصل نمایید.

۱۶- جهت پیگیری روند پرداخت یا کسری پرونده خود نام و نام خانوادگی و کدملی بیمه شده را به شماره ۰۹۱۵۰۵۴۸۱۷۱ پیامک یا تلگرام نمایید.

با تشکر

شرکت سهامی بیمه ایران



بیمه ایران

فرم درخواست هزینه های درمانی

نام بیمه گذار: انجمن حمل و نقل بین المللی خراسان

شماره قرارداد: ۱۳۹۷/۲۶۵/۳۴۰۳۵/۳

احتراماً به پیوست تعداد برگ مدارک و مستندات هزینه های درمانی به مبلغ کل ریال به شرح ذیل تقدیم می گردد. خواهشمنداست مبلغ قابل پرداخت را به حساب اینجانب (بیمه شده اصلی) با مشخصات مندرج در جدول زیر واریز نمایید.

الف: مشخصات بیمه شده اصلی:	ب: مشخصات بیمه شده غیر اصلی:
نام و نام خانوادگی:	نام و نام خانوادگی:
کد ملی:	کد ملی:
شماره پرسنلی:	نسبت با بیمه شده اصلی:
نشانی:	
تلفن تماس:	

امضاء

ردیف	نوع هزینه	تعداد	مبلغ درخواستی بیمه شده (ریال)	کسورات	مبلغ قابل پرداخت (ریال)
۱	بیمارستانی (درمان طبی - جراحی)				
۲	پارا کلینیک (تصویربرداری - سونوگرافی - آزمایش)				
۳	ویزیت				
۴	دارو				
۵	عینک				
۶	فیزیوتراپی				
۷	آمبولانس				
۸	سایر هزینه ها				
۹	مجموع				

شماره سریال: ۹۸ / ۵ /

شرکت سهامی بیمه ایران



گواهی میشود تعداد برگ و سری مدارک و مستندات درمانی مربوط به بیمار خانم/ آقای در مورخه دریافت گردید.

نام و امضاء تحویل گیرنده

کسری: دارد ندارد

توضیحات:

حداکثر مدت زمان رسیدگی و پرداخت پرونده های هزینه های درمانی ۲۱ الی ۳۰ روز از زمان تحویل به نماینده بیمه میباشد. خواهشمنداست در صورت تاخیر بیش از ۲۱ روز از زمان تحویل پرونده جهت پیگیری روند پرداخت، نام و نام خانوادگی و کد ملی شخص بیمه شده رو به شماره تلگرام ۰۵۲۸۱۷۱ ارسال نمایید.