



(سهامی عام)

شماره ثبت ۲۰۰۷۲۲

شناسه مدرک: PI-2400-FR-622

شماره بازنگری: 00

چک لیست مدارک مورد نیاز جهت تشکیل

پرونده خسارت بیمه های زندگی

نام بیمه شده:	تاریخ اعلام خسارت: / /
شماره بیمه نامه:	تاریخ صدور: / /
<input type="checkbox"/> فوت به هر علت <input type="checkbox"/> فوت در اثر حادثه	<input type="checkbox"/> مقرری روزانه بستری <input type="checkbox"/> معافیت از پرداخت هزینه ها
<input type="checkbox"/> مستمري از کارافتادگی <input type="checkbox"/> معافیت از پرداخت کل حق بیمه	<input type="checkbox"/> امراض خاص <input type="checkbox"/> سرمایه بیکاری
<input type="checkbox"/> هزینه پزشکی ناشی از حادثه <input type="checkbox"/> نقص عضو در اثر حادثه	<input type="checkbox"/> هزینه پزشکی ناشی از حادثه <input type="checkbox"/> نقص عضو در اثر حادثه

مشخصات

نوع خسارت								نام مدرک مورد نیاز
انواع معافیت ها (از کار افتادگی)	سرمایه بیکاری	هزینه پزشکی ناشی از حادثه	مقرری روزانه بستری	نقص عضو در اثر حادثه	امراض خاص	فوت در اثر حادثه	فوت به هر علت	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	گزارش کامل خسارت توسط بیمه شده یا ذی نفعان فوت در فرم اعلام خسارت (با ذکر شماره تماس حداقل یکی از ذی نفعان)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	اصل بیمه نامه و ملحقات آن
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	خلاصه صورت وضعیت بیمه نامه به تاریخ وقوع حادثه
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	کپی برابر اصل کارت ملی بیمه شده
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	کپی برابر اصل صفحه اول شناسنامه بیمه شده
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	کپی برابر اصل تمام صفحات شناسنامه باطل شده متوفی
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	کپی برابر اصل گواهی فوت (توسط مراجع ذیصلاح پزشکی قانونی یا بیمارستان محل فوت)/ گزارش معاینه جسد، کالبدگشایی و سم شناسی
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	کپی برابر اصل گواهی وفات یا خلاصه رونوشت وفات (صادر شده توسط سازمان ثبت احوال کشور)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	کپی برابر اصل گزارش اورژانس جهت انتقال بیمه شده به بیمارستان
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	کپی برابر اصل مدارک پزشکی و بیمارستانی (شرح حال اولیه، خلاصه پرونده، شرح عمل، فعالیت درمانی)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	کپی برابر اصل مدارک مرتبط با زمان شروع بیماری (اقدامات تشخیصی اولیه، پاتولوژی، سونوگرافی، آزمایش ها، اسکن ها و ...)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	اصل صورت حساب درمانی، بیمارستانی، دارویی، شیمی درمانی و پرتو درمانی پرداخت شده <input checked="" type="checkbox"/> در صورت ابتلا به کرونا
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	مدارک پزشکی و بیمارستانی نشان دهنده نقص عضو و از کارافتادگی کلی و دائم (عکس یا گرافی های روز حادثه)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	کپی برابر اصل گزارش حادثه نیروی انتظامی یا مقامات مسئول در خصوص وقوع حادثه
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	کپی برابر اصل گواهی نامه رانندگی (در صورت راننده بودن بیمه شده)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	کپی برابر اصل کروکی حادثه (در صورت تصادف رانندگی)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	کپی برابر اصل مدارک مرتبط با تایید از کارافتادگی توسط مراجع ذیصلاح
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	گزارش پزشک معالج مبنی بر ختم درمان و عوارض به جا مانده
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	گزارش پزشک معتمد شرکت بیمه پارسیان پس از معاینه بیمه شده
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	کپی شماره شبای بانکی ذی نفعان فوت (با مهر تاییدیه بانک مربوطه)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	کپی شماره شبای بانکی بیمه شده (با مهر تاییدیه بانک مربوطه)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	کپی برابر اصل تمامی صفحات شناسنامه و کارت ملی ذی نفعان فوت
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	کپی برابر اصل گواهی انحصار وراثت نامحدود (در صورت انتخاب وراث قانونی به عنوان ذی نفع فوت)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	اصل دفترچه های درمانی زمان صدور بیمه نامه و قبل آن (در صورت وجود)

مدارک مورد نیاز جهت تشکیل پرونده خسارت

<input type="checkbox"/> مدارک مورد نیاز پرونده تکمیل می باشد. تاریخ تکمیل مدارک پرونده خسارت: / / نام و نام خانوادگی، مهر و امضای دریافت کننده مدارک خسارت:
--

تایید