با سلام،

عطف به قرارداد شماره ........................................ بیمه حوادث و درمان دانش آموزان و کارکنان وزارت آموزش و پرورش (سال تحصیلی 98-97) بدینوسیله مدارک عمل جراحی هزینه پزشکی غرامت نقص عضو غرامت فوت بیمه مسئولیت مدنی خانم/آقای ...................... فرزند ............. به شماره شناسنامه ............... شماره ملی ............................... تاریخ تولد .............................. از دانش آموزان /کارکنان خانواده کارکنان آموزشگاه ......................................... منطقه .......آموزش و پرورش شهرستان .................جهت بررسی و پرداخت خسارت نامبرده ارسال می گردد.

**شرح مختصری از حادثه :**

بدینوسیله اعلام می دارد خانم/آقای ......................................... در تاریخ .......................... در حین انجام ..............................به علت ..............................................................................................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................................................................

|  |  |
| --- | --- |
| شماره حساب جهت پرداخت خسارت در تعهد ................................................................................................................................................... | |
| مهر و امضاء اداره کل آموزش و پرورش استان/ اداره/ناحیه/منطقه/آموزشگاه .......................................................................مورخ....................... | |
|  |

**مدارک لازم جهت پرداخت غرامت فوت یا نقص عضو یا هزینه پزشکی ناشی از حادثه و اعمال جراحی**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ردیف | الف- هزینه پزشکی | ب- نقص عضو | ج- فوت | د- هزینه خرید و پیوند کلیه |
| 1 | اصل یا کپی برابر اصل شده گزارش حادثه تنظیم شده تو سط مراجع ذیصلاح | اصل یا کپی برابر اصل شده گزارش حادثه تنظیم شده تو سط مراجع ذیصلاح | اصل یا کپی برابر اصل شده گزارش حادثه تنظیم شده تو سط مراجع ذیصلاح | تایید هیأت امنای بیماران کلیوی |
| 2 | در صورت انجام اعمال جراحی بیمارستانی اصل صورتحساب های بیمارستانی به همراه ریز داروها و لوازم مصرفی، فاکتورهای انجام آزمایش، رادیولوژی و .... | اصل یا تصویر برابر اصل شده گزارش اولین مرجع درمانی و مدارک بیمارستانی (شرح عمل و ...) | اصل یا تصویر برابر اصل شده خلاصه رونوشت وفات | شرح عمل |
| 3 | گواهی پزشک معالج مبنی بر نوع عمل و میزان حق العمل دریافتی و گواهی پزشک بیهوشی | عکس های رادیوگرافی انجام شده از عضو حادثه دیده بنا به نوع حادثه در صورت نیاز | اصل یا تصویر برابر اصل شده گواهی فوت پزشکی قانونی و جواز دفن | کپی صورتحساب بیمارستانی |
| 4 | در صورت استفاده از سازمان های بیمه ای تصویر صورتحساب ها به همراه چک دریافتی از سازمان های مذکور | گواهی پزشک معالج مبنی بر انجام معالجات و ایجاد نقص عضو | اصل یا تصویر برابر اصل شده صفحات شناسنامه باطل شده متوفی | اصل و فتوکپی شناسنامه و کارت ملی |
| 5 | تصویر صفحه اول شناسنامه بیمه شده | تصویر صفحه اول شناسنامه بیمه شده | تصویر صفحه اول شناسنامه بیمه شده ووراث |  |
| 6 | در صورت معالجه سرپایی گواهی پزشک مبنی بر اعمال انجام شده و وسایل مصرفی، فاکتورهای انجام آزمایش و رادیولوژی، نسخ داروهای مصرفی ممهور به مهر داروخانه و ... |  | اصل یا تصویر برابر اصل شده گواهی انحصار وراثت بیمه شده |  |