

۱۳- آیا تا کنون به علت حادثه، هزینه پزشکی از این شرکت دریافت نموده اید؟ بلی خیر
در صورت مثبت بودن تاریخ حادثه، مبلغ و تاریخ دریافت را اعلام نمائید.

۱۴- جدول ذیل را به تفکیک برگ‌های هزینه پزشکی که شخصاً پرداخت نموده اید ثبت و تکمیل نمائید:

ردیف	شرح هزینه درمانی	تاریخ	مبلغ (ریال)	ردیف	شرح هزینه درمانی	تاریخ	مبلغ (ریال)
۱				۹			
۲				۱۰			
۳				۱۱			
۴				۱۲			
۵				۱۳			
۶				۱۴			
۷				۱۵			
۸				۱۶			
جمع هزینه‌ها (ریال)							

جمعاً مبلغ ریال توسط اینجانب

بیمه‌گذار بیمه‌نامه شماره به مراکز درمانی پرداخت گردید.

اینجانبان (بیمه‌گذار و بیمه‌شده) امضاء کنندگان این فرم اعلام می‌داریم که تمام جوابهائی که داده‌ایم کاملاً درست و عین واقع بوده و هیچ اطلاعی را که ممکن است موجب ضرر و زیان بیمه پاسارگاد شود کتمان نکرده‌ایم و مطلعیم که هرگونه اظهار خلاف و خودداری از واقع‌گوئی مجوز قانونی باطل شدن قرارداد و از دست دادن مزایای آن خواهد شد ضمناً بیمه‌پاسارگاد یا پزشکان معتمد شرکت اجازه دارند هرگونه اطلاعی که درمورد هزینه‌های پزشکی و سایر مدارک ارائه شده نیاز باشد، از مراکز ذیربط کسب نمایند.

امضاء بیمه‌گذار: امضاء بیمه‌شده: نام و امضاء نماینده:

تاریخ: تاریخ:

تکمیل این فرم هیچگونه تعهدی برای بیمه‌گر ایجاد نمی‌نماید.

این قسمت توسط بیمه‌گر تکمیل می‌گردد:

فرم اعلام خسارت به همراه ضامم آن در تاریخ توسط شعبه دریافت گردید.

نام و نام خانوادگی دریافت کننده: امضاء: