

تمام بخش های این فورم جبران خساره باید تکمیل شود. فورم جبران خساره، اصل رسیده ها، کپی نتیجه آزمایش وسایر اسناد مربوطه دیگر را در ظرف یکماه برای ما ارسال شود. ما برای شما پیشنهاد میکنیم که یک کپی از تمام اسناد که برای ما ارسال میکنید برای خود نیز نگهدارید، چون ما اسناد اصلی را بعد ا تسلیمی برای شما دو باره داده نخواهد شد. اما در صورت درخواست یک کپی آن در دسترس شما قرارداده خواهد شد.

بخش 1: جزئیات عضو			
جزئیات امضا کننده	مقام:	اسم:	تخلص:
نام گروه (در صورت قابل اجرا):	آی دی نمبر:	تاریخ تولد:	
جزئیات مریض	مقام:	اسم:	تخلص:
نمبر بیمه نامه:	آی دی نمبر:	تاریخ تولد:	
تلفون:	موبایل:	ایمیل:	
آدرس:			
بخش 2: معلومات عمومی			
وضعیت صحتی که شما طالب خواهان جبران خساره آن هستید:			
تاریخ که برای اولین بار آگاه شدید از علایم/وضعیت صحتی روز / ماه / سال		آیا قبلا برای این وضعیت صحتی ادعا کردید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> نخیر	
آیا ادعا شما نتیجه از حادثه یا بیماری/ جراحی مربوط به کار است؟		بلی <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> نخیر	
اگر به یکی از موارد که در بالا ذکر است پاسخ بلی داده اید، لطفا جزئیات آنرا بیان کنید:			
بخش 3: اظهارنامه & حفاظت از اطلاعات			
<p>اظهارنامه: من بدینوسیله با داشتن علم و اعتقاد اظهار میکنم که معلومات ارایه شده در این فورم واقعی و کامل است. من اینرا میدانم و قبول میکنم در صورت که حقایق را بطور کامل افشا نکنم و ادعا تقلب تلقی گردد شرکت بیمه کپیتال استار ادعا من را رد کرده و بیمه نامه لغو می گردد و کتبا برای من اطلاع داده میشود.</p> <p>محافظت از اطلاعات: به من یادآوری میشود که شرکت بیمه کپیتال ستار ("شرکت") ممکن است تمام معلومات من را از شرکت های بیمه، داکترها، دیگر اشخاص حرفه صحتی، شفاخانه، کلینیک، لابراتورها، و دیگر سهولت های صحتی جمع آوری کند. معلومات بدست آمده من / و متعلق به صحت من برای ارزیابی ادعای ضروری و لازم است. من میدانم که معلومات تهیه شده با توجه به این ادعا که توسط شرکت بیمه کپیتال ستار برای همان اهداف مشخص که در حفاظت از اطلاعات در اسناد بیمه نامه/ یا همراه با گواهی نامه در دسترس من قرار داده شده بود و تحت همان شرایط و ضوابط مندرج آن خواهد بود. خلاصه، شرکت تمام این معلومات برای انجام تعهدات در مطابقت به قرار داد بیمه استفاده خواهد کرد و همچنان میتواند از این معلومات برای پایبند به تعهدات قانونی خود و حفاظت از منافع قانونی خود استفاده کند. و این معلومات در صورت لزوم میتواند با کارمندان شرکت، مدیران، میانجی ها، مشاوران داخلی و خارجی و بین سایر شرکت های بیمه و بیمه اتکالی و غیره افشا نماید. معلومات مطابق به هدف که جمع آوری شده نگهداری شود، من / ما به عنوان موضوع معلومات، حق دارم به دسترسی معلومات در صورت که معلومات درست نباشد میتوان اصلاح کرده، معترض از بازاریابی مستقیم، و یا درخواست پاک کردن معلومات یا انتقال معلومات به کنترل کننده دیگر و یا در میان سایر حقوق.</p>			
امضا مریض:			
(در صورت که مریض زیر سن 18 باشد امضا مشترک)			

تاریخ: روز / ماه / سال

--

بخش 4: جزئیات ارزیابی

جزء الف - ارزیابی متخصص عمومی:

اسم مریض:	نوع شرایط: <input type="checkbox"/> حاد <input type="checkbox"/> مزمن <input type="checkbox"/> قسمت حاد مزمن <input type="checkbox"/>
جزئیات علائم / وضعیت صحت:	
تاریخ بروز علائم برای اولین بار: روز / ماه / سال	اولین تاریخ مشاوره: روز / ماه / سال
آیا مریض در گذشته نیز از این وضعیت رنج می برده است؟ اگر درست است لطفا جزئیات را بیان کنید:	
نسخه تجویز شده ، از جمله دواها:	
آیا مریض در حال حاضر تحت مداوی دیگری قرار داد یا برای هر مریضی دیگری دوا مصرف می کند؟ اگر درست است لطفا جزئیات را بیان کنید:	
امضا & و تاپه رسمی	ایمیل:
	تلفون:
	تاریخ: روز / ماه / سال

جزء ب - ارزیابی خاص

تمام مشاوره های تخصصی باید توسط داکتر عمومی شما معرفی شود. برای مشاوره با متخصصین زنان و متخصص اطفال ما یک استثنا قائل هستیم.

جزئیات علائم / وضعیت صحی:			
نسخه تجویز شده ، از جمله دواها:			
امضا & و تاپه رسمی		ایمیل:	
		تیلیفون:	
		تاریخ: روز / ماه / سال	
جزء ج - جزئیات تدوایی در شفاخانه/ مریض روزانه			
شما همیشه باید قبل از دریافت هرگونه خدمات صحی در شفاخانه با ما تماس بگیرید تا ما بتوانیم میزان پوشش تحت شما را مطابق پلان و شرایط قرارداد شما را بررسی کنیم.			
امضا & و تاپه رسمی		شفاخانه/کلینیک:	
		تاریخ داخله: روز / ماه / سال	
بخش 5: تعداد اسناد که ضمیمه این فورم ادعا شما شده است			
رسیده‌های اصلی:	نتیجه آزمایش:	نتیجه صحی:	خلاصه قضیه در شفاخانه/ ورق مرخصی از شفاخانه:
نتیجه آزمایش خون:	نسخه:	دیگر (لطفا مشخص کنید):	