

## دستورالعمل اجرایی قرارداد بیمه حوادث و مازاد درمان دانش‌آموزان و کارکنان و مسئولیت بیمه شدگان و اشخاص ثالث مربوط به سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰

در این بیمه نامه دانش‌آموزان، نوآموزان، هنرجویان، دانشجویان مراکز تربیت معلم، دانشجویان متعهد خدمت و کارکنان به همراه خانواده تحت تکفل (غیر دانش‌آموز) آنها به شرح ماده ۴ توافقنامه در قبال فوت و نقص عضو یا از کارافتادگی جزئی و کلی دائم در اثر حوادث و همچنین هزینه‌های پزشکی و اعمال جراحی مستلزم بستری در بیمارستان در طول شبانه‌روز در داخل و خارج از کشور تحت پوشش قرار دارند.

این بیمه نامه برای سال تحصیلی جاری در سه بخش حوادث و درمان، طرح جامع بیمه مسئولیت بیمه شدگان، اردوهای راهیان نور و پرداخت هزینه‌های درمانی بیماران صعب‌العلاج و پرهزینه با حق بیمه ۹۱/۷۸۰ ریال برای هر نفر در طول سال تحصیلی طراحی و قابل ارائه می‌باشد.

تبصره: باعنایت به ماده ۵۸ آئین نامه اجرایی مدارس شورای عالی آموزش و پرورش، مدیران مدارس باید ترتیبی اتخاذ تا همه ی دانش‌آموزان از طریق سایت همگام تحت پوشش بیمه حوادث قرار گرفته و به نحو شایسته، چگونگی استفاده از مزایای این بیمه نامه را به کلیه دانش‌آموزان و اولیای آنان اطلاع رسانی کنند.

### ۱- تعهدات بیمه‌گر در بخش بیمه حوادث و درمان :

در اثر وقوع هر یک از خطرات مشمول بیمه، بیمه‌گر متعهد می‌باشد غرامت‌های به شرح ذیل را در وجه هر یک از بیمه‌شدگان بپردازد :

- ۱- ۱) جبران غرامت فوت ناشی از حادثه در شبانه‌روز و در طول مدت قرارداد مبلغ ۱۵۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال
- ۲- ۱) جبران غرامت نقص عضو (دائم، کلی، جزئی) ناشی از حادثه در شبانه‌روز و در طول مدت قرارداد تا سقف ۱۵۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال
- ۳- ۱) هزینه‌های درمان سرپائی و بیمارستان ناشی از هر حادثه تا سقف ۶۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال.
- ۴- ۱) جبران هزینه‌های اعمال جراحی ناشی از بیماری و به شرط بستری در بیمارستان به استثناء هزینه جراحی عمل لوزه و سایر استثنائات مندرج در شرایط عمومی بیمه گروهی مازاد بر تعهدات بیمه‌گر پایه تا سقف ۶۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال.

**\* تذکر: باعنایت به اینکه به استناد بند فوق (۴-۱) در صورت بستری و جراحی بیمه شدگان تا سقف ۶۰ میلیون ریال از هزینه‌ها پرداخت می‌شود لذا موکداً توصیه می‌گردد به منظور تسریع در پرداخت هزینه‌ها، بیمه شدگان فرهنگی که تحت پوشش بیمه درمان تکمیلی می‌باشند به همراه افراد تحت تکفل خود نسبت به پرداخت حق بیمه حوادث و تحت پوشش قراردادن خود و افراد تحت تکفل غیر دانش‌آموز خود اقدام نمایند.**

- ۵- ۱) هزینه خرید و پیوند کلیه مبلغ ۱۰۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال.
- ۶- ۱) جبران هزینه‌های بستری کرونایی تا سقف ۱۰۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال.
- ۷- ۱) پرداخت هزینه کاشت حلزون گوش (با هماهنگی این اداره کل و برابر با ضوابط و مقررات انجمن‌های حمایتی مربوط) تا سقف ۱۵۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال.

- ۸- ۱) جبران کمک هزینه خرید ۴۰۰ دستگاه ویلچر تا سقف ۳۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال بصورت متمرکز در کل کشور. با عنایت به محدودیت تعداد برای هر یک از استانها، ادارات کل می بایست در این بخش ضمن رعایت سهمیه ی استان و تعداد دانش آموزان نیازمند مساعدت، در میزان مبلغ پرداختی خود مدیریت نمایند.
- ۹- ۱) جبران ۱۲۰ مورد غرامت فوت ناشی از بیماری (غیرحادثه) که در مدرسه اتفاق افتاده باشد تا سقف ۱۵۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال.
- ۱۰- ۱) جبران ۵۰۰ مورد کمک هزینه خرید سمعک تا سقف ۲۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال بصورت متمرکز در کل کشور. با عنایت به محدودیت تعداد برای هر یک از استانها، ادارات کل می بایست در این بخش ضمن رعایت سهمیه ی استان و تعداد دانش آموزان نیازمند مساعدت، در میزان مبلغ پرداختی خود مدیریت نمایند.
- ۱۱- ۱) کمک هزینه خرید عینک برای ۲۰۰۰ نفر از دانش آموزان مناطق محروم تا سقف ۲/۵۰۰/۰۰۰ ریال.
- ۱۲- ۱) جبران هزینه های بیماریهای نادر مانند بیماری ای بی، اختلالات خود ایمنی مثل لوپوس، روماتیسم، دیستروفی عضلانی، انحراف ستون فقرات و... برای تعداد ۵۰ نفر دانش آموز براساس رای کمیسیون مشترک بیمه گر و بیمه گذار با ارائه مستندات بیماری از محل صندوق تا سقف ۲۰۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال.
- ۱۳- ۱) پرداخت بخشی از هزینه های درمانی بیماران صعب العلاج و پرهزینه مازاد بر تعهدات بند ۳-۴ و ۱-۴ حداکثر تا سقف ۶۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال برابر مفاد بند (۳) دستورالعمل مربوط به هزینه های درمانی بیماران صعب العلاج و پرهزینه که می بایست با رعایت بند (۳) این دستورالعمل انجام گردد.

## ۲- تعهدات بیمه گر در بخش مسئولیت مدنی

### ۱- ۲) طرح جامع بیمه مسؤولیت مدنی بیمه شدگان در قبال یکدیگر و اشخاص ثالث.

\* در این بخش: پوشش بیمه ای جامع مسؤولیت مدنی در مقابل خسارات جانی وارده به دانش آموزان در داخل مدرسه و خارج از آن شامل اردو های درون شهری، برون شهری، کاروانهای راهیان نور، کارگاههای آموزشی و طرح کار ورزی دانش آموزان هنرستانهای حرفه ای و کارودانش، پژوهشسراها، آزمایشگاه های نانو، سالن ها و اماکن ورزشی متعلق به آموزش و پرورش، مسابقات ورزشی ادارات آموزش و پرورش و مکانهایی که مسؤولیت بیمه شدگان در آن مکان به عهده آموزش و پرورش باشد به موجب رای مراجع قضایی و در صورتیکه بیمه گذار مسؤل جبران آن شناخته شود. تا حدود تعهدات مندرج در بند ب جدول ماده ۵ این توافقنامه (جدول ذیل) بر عهده بیمه گر خواهد بود و ملاک پرداخت خسارت تاریخ صدور رای مراجع قضایی می باشد.

\* تبصره: در این بخش (مسؤولیت مدنی) مدیران ارشد وزارت آموزش و پرورش شامل وزیر، معاونین وزیر، مدیران کل ستاد و مدیران کل استانها در مقابل بیمه شدگان تا سقف دیه کامل بدون رای دادگاه با رعایت سایر شرایط قرارداد قابل پرداخت می باشد.

## ۲-۲) بیمه اردوی راهیان نور:

\* در این بیمه نامه کلیه دانش آموزان که در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰ به همراه مربیان و سایر عوامل اجرایی که در قالب اردوی راهیان نور، راهی مناطق جنگی می شوند از زمان اعزام از محل سکونت و یا محل تحصیل، با رعایت موارد مطروحه و براساس جدول تعهدات ذیل تحت پوشش می باشند.

ردیف	تعهدات بیمه گر	میزان تعهدات بیمه گر
۱	پرداخت غرامت فوت در اثر حادثه برای هر یک از بیمه شدگان در طول سال تحصیلی	تا حد دیه کامل
۲	پرداخت غرامت نقص عضو در اثر حادثه برای هر یک از بیمه شدگان در طول سال تحصیلی	تا حد دیه کامل
۳	پرداخت هزینه پزشکی در اثر حادثه برای هر یک از بیمه شدگان در طول سال تحصیلی	حداکثر ۱۰۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال علاوه بر تعهد بند (۱-۳)

**تبصره ۱-** موکدا تاکید می گردد که بیمه مسئولیت مدنی متقابل بیمه شدگان (دانش آموزان) در مقابل یکدیگر، صرفا فقط در محیط آموزشگاه و ناشی از عمل غیر عمد تحت پوشش خواهد بود.

**تبصره ۲-** حق جانشینی بیمه گر برای تعقیب مقصر حادثه در مواردی که به موجب رأی قاضی دادگاه مسئولیت مشترک وجود داشته باشد محفوظ است.

**تبصره ۳-** پرداخت خسارت بیمه مسئولیت مشروط به این است که کارمند و یا دانش آموز (مقصر حادثه) یا زیان دیده جانی جزء بیمه شدگان مشمول بیمه حوادث (موضوع این قرارداد) نیز باشد.

### ۳- پرداخت هزینه درمانی بیماران صعب العلاج و پر هزینه می بایست با رعایت بند (۳-۵)

**ذیل انجام شود در غیر اینصورت امکان پرداخت از سوی بیمه گر میسر نخواهد بود.**

هزینه های درمانی بیماران صعب العلاج و پر هزینه می بایست با رعایت ضوابط ذیل در اختیار افراد ذینفع

قرار گیرد.

۳-۱) هر یک از ادارات کل آموزش و پرورش می بایست ضمن هماهنگی و اطلاع رسانی مناسب به ادارات و

نواحی تابعه هزینه های پزشکی بیماران صعب العلاج و پر هزینه بیمه شدگان را از مناطق و نواحی دریافت و پس از طرح و تصویب در کمیسیون مربوطه نسبت به معرفی این افراد به شعبه بیمه گر مرکز استان اقدام نمایند.

۳-۲) اعضای این کمیسیون در مرکز استان متشکل از معاون برنامه ریزی و توسعه منابع، حضور یک نفر پزشک از درمانگاه فرهنگیان استان، رئیس اداره امور رفاهی و پشتیبانی، کارشناس مسئول تعاون و بیمه، رئیس اداره حراست و مسئول بازرسی اداره کل استان و همچنین یک پزشک مجرب از درمانگاههای فرهنگیان می باشند که ضمن بررسی پرونده های پزشکی بیمه شدگان (براساس مدارک و مستندات پزشکی) نسبت به تأیید مبلغ قابل پرداخت و درج در صورتجلسه و فرم معرفی افراد واجد شرایط اقدام لازم را به عمل آورند.

**\* تذکر:** نگهداری مستندات و مدارک مثبت به منظور ارائه و پاسخگویی به مراجع نظارتی و پیگیری به همراه تصویر فرم و صورتجلسه نزد آن اداره کل، الزامی می باشد. در غیر اینصورت مسئولیت هر گونه پاسخگویی به نهادهای نظارتی و ذیربط به عهده تمامی اعضای آن کمیسیون خواهد بود.

۳-۳) حداکثر مبلغ پرداختی توسط استان به بیماران از محل مذکور مبلغ **۳۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال می باشد** . پرداخت مبالغ بالاتر از این تا سقف تعیین شده در بند (۱۳-۱)، پس از موافقت کمیسیون مربوطه و اعلام مبلغ مابه التفاوت تصویب شده در کمیسیون، صرفاً با کسب مجوز از اداره کل رفاه و پشتیبانی میسر می‌باشد.

۳-۴) پرونده هزینه‌های پزشکی این بیماران پس از بررسی و تصویب در اداره امور رفاهی و پشتیبانی استان نگهداری و اسامی این افراد پس از تصویب در کمیسیون و ثبت در سامانه همگام به شعبه بیمه گر مرکز استان جهت دریافت وجه معرفی خواهند شد .

۳-۵) مبالغ فوق از محل این بیمه نامه صرفاً جهت **دانش آموزان و بیمه شدگان** می‌باشد که دارای هزینه‌های درمانی سنگین می‌باشند . **بنابراین پرداخت هرگونه وجه به سایر افراد غیر بیمه شده ممنوع بوده و مسؤلیت هرگونه پرداخت به عهده آن اداره کل می‌باشد**

۳-۶) به منظور رعایت عدالت و امکان بهره‌مندی کلیه افراد واجد شرایط در استان، هر یک از ادارات کل می‌بایست ترتیبی اتخاذ نمایند تا ضمن اطلاع رسانی به کلیه مناطق و نواحی امکان استفاده کلیه افراد واجد شرایط را فراهم نمایند .

۳-۷) با توجه به ضرورت حمایت از بیمه شدگان مبتلا به بیماری‌های صعب‌العلاج و پرهزینه مقتضی است دستور فرمائید ترتیبی اتخاذ شود تا مبالغ تخصیصی از محل مذکور حداکثر تا پایان زمان قرارداد (۱۴۰۱/۶/۳۱) برابر ضوابط مربوطه به بیمه شدگان واجد شرایط پرداخت، و از نتیجه این اداره کل را مطلع نمایند.

۳-۸) معرفی افراد صرفاً می‌بایست از طریق ثبت اطلاعات در سامانه همگام و با تکمیل فرم شماره ۷ و به صورت انفرادی از طریق ادارات کل آموزش و پرورش به شعبه بیمه گر مرکز استان صورت پذیرد . **بنابراین به مناطق تابعه اعلام نمایید که از معرفی افراد خارج از ضوابط اعلام شده خودداری نمایند.**  
تذکر: در شهر تهران و شهرستان‌های استان تهران نیز به منظور وحدت رویه یکی از شعبات شرکت بیمه گر مجری ایفای تعهدات این بخش از دستورالعمل می‌باشد .

#### **۴- تعهدات بیمه گزار :**

۴-۱) میزان حق سرانه بیمه حوادث و درمان و بیمه مسؤلیت هر یک از دانش آموزان و کارکنان مبلغ ۹۱/۷۸۰ ریال می‌باشد که می‌بایست این مبالغ با رعایت بند های فوق توسط ادارات کل آموزش و پرورش از مناطق و نواحی تابعه جمع آوری و حداکثر تا تاریخ ۱۴۰۰/۸/۱۵ به شماره حساب ۰۲۱۹۰۷۵۲۷۷۰۰۸ بانک ملی شعبه مجتمع قضایی میر داماد کد ۱۱۱۶ بنام شرکت بیمه معلم با شماره شناسه مربوط به هر استان واریز و علاوه بر ثبت فیش واریزی در سامانه همگام تصویر فیش واریزی به اداره کل ارسال و اصل آن را به همراه فهرست اسامی بیمه شدگان به شعبه بیمه گر مرکز استان تحویل گردد.

**تذکر:** مسؤلیت واریز هرگونه وجه پس از تاریخ فوق‌الذکر و یا خارج از حساب اعلام شده به عهده ادارات کل آموزش و پرورش بوده و در صورت واریز حق بیمه بعد از تاریخ اعلام شده، شرکت بیمه گر از تاریخ واریز وجه و ارائه اسامی بیمه شدگان، نسبت به پرداخت غرامت اقدام خواهد نمود  
لازم به ذکر است عدم ثبت فیش واریزی در سامانه همگام به منزله عدم واریز وجه خواهد بود.

۲-۴) هر یک از واحدهای آموزشی، ادارات و نواحی آموزش و پرورش همچنین ادارات کل آموزش و پرورش می‌بایست لیست اسامی کلیه دانش‌آموزان و کارکنان و افراد تحت تکفل آنها که متقاضی دریافت این پوشش بیمه‌ای می‌باشند بر اساس فرم‌های پیوست (ترجیحاً به صورت لوح فشرده) **جمع‌آوری و حداکثر تا تاریخ ۱۴۰۰/۸/۱۵** به شعب مجری بیمه گراسال نمایند.

۳-۴) به منظور جمع‌آوری آمار دقیق بیمه‌شدگان و امکان تسویه حساب این قرارداد هر یک از ادارات آموزش و پرورش می‌بایست نسبت به تکمیل فرم شماره (۱) پیوست با تأیید شعب بیمه گراسال و نسبت به ارسال آن به اداره کل تعاون و پشتیبانی حداکثر تا تاریخ ۱۴۰۰/۸/۱۵ اقدام نمایند.

**تبصره) -** در این بیمه نامه فقط دانش‌آموزان خانواده‌های معظم شهداء، جانبازان، مفقودین، آزادگان انقلاب اسلامی ایران و جنگ تحمیلی و همچنین دانش‌آموزان تحت پوشش کمیته امداد حضرت امام خمینی (ره) سازمان بهزیستی و طرح رافع از پرداخت حق بیمه معاف بوده و آموزشگاه مربوطه می‌باید فهرست اسامی و مشخصات شناسنامه‌ای ایشان را پس از ثبت در سامانه همگام و تعیین نوع پرداخت، به بیمه گراسال و از مزایای این توافقنامه بهره‌مند شوند. کارکنان ایثارگر می‌بایست حق بیمه مربوطه را پرداخت نمایند.

۴-۴) نحوه مراجعه بیمه‌شدگان و مدارک مورد نیاز برای پرداخت خسارت. هر یک از واحدهای آموزشی موظف می‌باشند در صورت بروز خطرات مشمول این بیمه نامه برای هر یک از بیمه‌شدگان نسبت به تکمیل و تأیید اطلاعات مندرج در فرم پیوست و ثبت و اعلام خسارت در سامانه همگام، آنرا به همراه مدارک مورد نیاز جهت پرداخت خسارت به شعبه مجری قرارداد بیمه گراسال نمایند.

#### **کارت بیمه حوادث و درمان دانش‌آموزی :**

در راستای بهره‌مندی تمامی بیمه‌شدگان از مزایای این پوشش بیمه‌ای، مقرر گردید با همکاری شرکت بیمه معلم برای هر یک از بیمه‌شدگان کارت بیمه (با خلاصه تعهدات قرارداد) صادر و از طریق سایت همگام در اختیار اولیای دانش‌آموزان و تمامی بیمه‌شدگان قرار خواهد گرفت. **لذا ضروری است ادارات کل آموزش و پرورش، مناطق و نواحی تابعه و کلیه واحدهای آموزشی ترتیبی اتخاذ تا تمامی بیمه‌شدگان و دانش‌آموزان بتوانند به سایت مذکور دسترسی داشته و از خدمات قرارداد فوق به سهولت استفاده نمایند.**

**تبصره)** خسارتهای ناشی از حوادث رانندگی بیمه شده، وقتی تحت پوشش این قرارداد می‌باشند که بیمه‌شده دارای گواهینامه رانندگی متناسب با نوع وسیله نقلیه موتوری طبق مقررات اداره راهنمایی و رانندگی کشور باشد.

#### **اطلاع‌رسانی:**

با توجه به اهمیت و ضرورت آشنایی هر یک از بیمه‌شدگان از حقوق بیمه‌ای خود، شرکت بیمه گراسال و ادارات کل آموزش و پرورش می‌بایست علاوه بر اقدامات انجام شده در ارتباط با اطلاع‌رسانی (تهیه پوستر از مفاد قرارداد جهت نصب در تمامی واحدهای آموزشی، تهیه کارت برای بیمه‌شدگان، درج مطالب در رسانه‌های جمعی) می‌بایست به روش‌های ممکن و مناسب از جمله رسانه‌های عمومی، سامانه‌ها، نشریات

استانی، طرح موضوع در همایش ها و جلسات رؤسای آموزش و پرورش، مدیران مدارس، انجمن اولیاء و مربیان، شورای معلمان مدارس و.... نسبت به اطلاع رسانی مناسب از تعهدات و مفاد بیمه نامه مذکور به بیمه شدگان اقدام نمایند..

بدیهی است مسئولیت اطلاع رسانی جامع و کامل در این خصوص به بیمه شدگان بر عهده آن اداره کل می باشد.

**یاد آوری:** هرگونه موارد احتمالی ذکر نشده در این دستورالعمل تابع مفاد تفاهم نامه شماره ۳۷۲۴۱-۱۴۰۰ مورخ ۱۴۰۰/۰۵/۲۴ (بیمه حوادث و مزاد درمان دانش آموزان و کارکنان) خواهد بود.

## صور تجلسه « ۱ »

آمار و اطلاعات دانش آموزان و کارکنان تحت پوشش بیمه حوادث و درمان و مسئولیت مدنی قرارداد سال

تحصیلی (۱۴۰۱-۱۴۰۰) مربوط به استان ..... به شرح ذیل اعلام می گردد.

..... نفر	۱. تعداد کل دانش آموزان بیمه شده
..... نفر	۲. تعداد کل دانش آموزان غیر رایگان
..... نفر	۳. تعداد دانش آموزان رایگان
..... نفر	۴. تعداد کارکنان و افراد تحت تکفل بیمه شده
..... نفر	۵. تعداد کل بیمه شدگان مشمول پرداخت حق بیمه اعم از (دانش آموز، کارکنان و افراد تحت تکفل آنها)
..... ریال	۶. کل مبلغ حق بیمه، بیمه شدگان ماده (۶) قرارداد با احتساب هر نفر بیمه شده ۵۹/۴۰۲ ریال (باتوجه به جدول مندرج در دستورالعمل اجرایی جهت پرداخت به حساب های اعلام شده)
۷. بدیهی است چنانچه بعد از این تاریخ نیز بنا به دلایلی بعضاً افرادی تحت پوشش قرار گرفتند آمار آنها مجدداً مورد بررسی قرار خواهد گرفت.	

محل امضاء

رئیس اداره امور رفاهی و پشتیبانی استان

محل امضاء

رئیس شعبه بیمه شرکت بیمه گر استان

از: اداره کل آموزش و پرورش استان .....

به: اداره کل امور رفاهی و تعاون

موضوع: ارسال آمار و اطلاعات بیمه شدگان

عطف به نامه شماره ۹ / ..... مورخ ۷۳۰ / ... / ... / ۱۴۰۰ آمار و اطلاعات دانش آموزان و کارکنان بیمه شده به شرح ذیل اعلام می گردد.

**الف) دانش آموزان:**

تعداد کل دانش آموزان استان	تعداد کل دانش آموزان بیمه شده	تعداد بیمه شدگانی که حق بیمه پرداخت نموده اند	کل مبلغ حق بیمه پرداختی به شرکت بیمه گر	تعداد بیمه شدگان رایگان	ملاحظات

**ب) کارکنان:**

تعداد کل کارکنان استان	تعداد بیمه شدگان مشمول پرداخت حق بیمه			کل مبلغ حق بیمه پرداختی به شرکت بیمه گر	ملاحظات
	کارکنان	تحت تکفل	جمع		

اداره کل آموزش و پرورش استان .....







مخصوص اداره / ناحیه

از: اداره آموزش و پرورش، منطقه / ناحیه .....

به: اداره کل آموزش و پرورش استان .....

موضوع: ارسال آمار بیمه شدگان واحدهای تابعه اعم از (رایگان و غیر رایگان)

الف) کارکنان

ردیف	نام آموزشگاه	تعداد کل کارکنان شاغل	تعداد کارکنان و افراد تحت تکفل که حق بیمه پرداخته‌اند			کل حق بیمه دریافتی	ملاحظات
			کارکنان	خانواده	جمع		
جمع							

ب) دانش آموزان

ردیف	نام آموزشگاه	تعداد کل دانش آموزان	تعداد دانش آموزانی که حق بیمه پرداخت نکرده‌اند (رایگان)	تعداد دانش آموزانی که حق بیمه پرداخته‌اند (غیر رایگان)	کل حق بیمه پرداختی	ملاحظات
جمع						

مهر و امضاء آموزش و پرورش ناحیه / منطقه

مسئول رفاه آموزش و پرورش منطقه / ناحیه

فرم شماره (۵)  
مخصوص اخذ خسارت

شرکت بیمه ..... / شعبه

با سلام

عطف به قرارداد شماره ..... بیمه حوادث و درمان دانش آموزان و کارکنان وزارت آموزش و پرورش (سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰) بدینوسیله مدارک عمل جراحی  هزینه پزشکی  غرامت نقص عضو  غرامت فوت  بیمه مسئولیت مدنی  خانم / آقای ..... فرزند ..... به شماره شناسنامه ..... و 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 آقای / خانم ..... در تاریخ ..... در حین انجام ..... به علت .....

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

شماره حساب جهت پرداخت خسارت در تعهد بیمه گر .....

اداره کل آموزش و پرورش استان  
اداره / ناحیه / منطقه  
آموزشگاه

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

الف) هزینه پزشکی	ب) نقص عضو	ج) فوت	د) خرید کلیه
۱. اصل یا تصویر برابر اصل شده گزارش حادثه توسط مراجع ذیصلاح	۱. اصل یا تصویر برابر اصل شده گزارش حادثه توسط مراجع ذیصلاح	۱. اصل یا تصویر برابر اصل شده گزارش حادثه توسط مراجع ذیصلاح	۱. تاییدیهات امنای بیماران کلیوی
۲. در صورت انجام اعمال جراحی بیمارستانی اصل صورت حساب های بیمارستانی به همراه ریز داروها و لوازم مصرفی، فاکتورهای انجام آزمایش و رادیولوژی و ...	۲. اصل یا تصویر برابر اصل شده گزارش اولین مرجع درمانی و مدارک بیمارستانی (شرح عمل و ...)	۲. اصل یا تصویر برابر اصل شده خلاصه رونوشت وفات	۲. شرح عمل
۳. در صورت استفاده از اداره کل های بیمه های تصویر صورت حساب ها به همراه تصویر چک دریافتی از اداره کل های مذکور	۳. عکس های رادیوگرافی انجام شده از عضو حادثه دیده بنا به نوع حادثه و در صورت نیاز	۳. اصل یا تصویر برابر اصل شده گواهی فوت پزشکی قانونی و جواز از دفن.	۳. کپی صورت حساب بیمارستانی
۴. گواهی پزشک معالج مبنی بر نوع عمل و میزان حق العمل دریافتی و گواهی پزشک بیهوشی	۴. گواهی پزشک معالج مبنی بر اتمام معالجات و ایجاد نقص عضو.	۴. اصل یا تصویر برابر اصل شده صفحات شناسنامه باطل شده متوفی	۴. اصل و کپی شناسنامه و کارت ملی
۵. تصویر صفحه اول شناسنامه بیمه شده	۵. تصویر صفحه اول شناسنامه بیمه شده	۵. تصویر صفحه اول شناسنامه بیمه شده و وراث	
۶. در صورت معالجه سرپایی گواهی پزشک مبنی بر اعمال انجام شده و وسایل مصرفی، فاکتورهای انجام آزمایش و رادیولوژی، نسخ داروهای مصرفی ممهور به مهردادروخانه و ...		۶. اصل یا تصویر برابر اصل شده گواهی انحصار وراثت بیمه شده	

فرم شماره (۶)  
مخصوص اخذ خسارت مربوط به

بخش مسئولیت

شرکت بیمه ..... / شعبه

با سلام

عطف به قرارداد شماره ..... بیمه مسئولیت (سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰) بدینوسیله مدارک هزینه پزشکی  غرامت نقص عضو  غرامت فوت  خانم / آقای ..... فرزند ..... کدملی ..... و 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 آقای / خانم ..... در تاریخ ..... در حین انجام ..... به علت .....

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

اداره کل آموزش و پرورش استان

اداره / ناحیه / منطقه

آموزشگاه

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

الف) هزینه پزشکی	ب) نقص عضو	ج) فوت
۱. اصل یا تصویر برابر اصل شده گزارش حادثه توسط مراجع ذیصلاح	۱. اصل یا تصویر برابر اصل شده گزارش حادثه توسط مراجع ذیصلاح	۱. اصل یا تصویر برابر اصل شده گزارش حادثه توسط مراجع ذیصلاح
۲. در صورت انجام اعمال جراحی بی‌مارستانی اصل صورتحساب‌های بیمارستانی به همراه ریز داروها و لوازم مصرفی، فاکتورهای انجام آزمایش و رادیولوژی و ...	۲. اصل یا تصویر برابر اصل شده گزارش اولین مرجع درمانی و مدارک بیمارستانی (شرح عمل و ...)	۲. اصل یا تصویر برابر اصل شده خلاصه رنویست وفات
۳. در صورت استفاذه از اداره کل‌های بیمه‌ای تصویر صورت حساب‌ها به همراه تصویر چک دریافتی از اداره کل‌های مذکور	۳. عکس‌های رادیوگرافی انجام شده از عضو حادثه دیده بنا به نوع حادثه و در صورت نیاز	۳. اصل یا تصویر برابر اصل شده گواهی فوت پزشکی قانونی و جواز از دفن.
۴. گواهی پزشک معالج مبنی بر نوع عمل و میزان حق العمل دریافتی و گواهی پزشک بیهوشی	۴. گواهی پزشک معالج مبنی بر اتمام معالجات و ایجاد نقص عضو.	۴. اصل یا تصویر برابر اصل شده صفحات شناسنامه باطل شده متوفی
۵. تصویر صفحه اول شناسنامه بیمه شده	۵. تصویر صفحه اول شناسنامه بیمه شده	۵. تصویر صفحه اول شناسنامه بیمه شده و وراث
۶. در صورت معالجه سرپایی گواهی پزشک مبنی بر اعمال انجام شده و وسایل مصرفی، فاکتورهای انجام آزمایش و رادیولوژی، نسخ داروهای مصرفی مهمور به مهردارخانه و ...	۶. اصل یا تصویر برابر اصل شده گواهی انحصار وراثت بیمه شده	

فرم مساعدت به بیماران صعب العلاج و پر هزینه  
(حوادث تحصیلی)

نام و نام خانوادگی بیمه شده :	کدملی بیمه شده :	محل تحصیل (کار) بیمه شده :	شغل بیمه شده :
نوع بیماری :	تاریخ وقوع حادثه (بیماری) :	شماره تماس بیمار :	
		تلفن همراه :	تلفن ثابت :
میزان مبلغ استفاده شده از بیمه تکمیلی (ریال):	میزان مبلغ استفاده شده از سهم خدمات درمانی (ریال):	میزان مبلغ مساعدت شده از صندوق تعاون (ریال):	میزان مبلغ مساعدت شده از سایر موارد (ریال):
کل هزینه های انجام شده :		مانده از مبالغ هزینه یاد شده (هزینه شده توسط شخص) :	

با توجه به موارد فوق بر اساس نظریه کمیسیون شورای درمان اداره کل آموزش و پرورش استان .....  
در تاریخ ..... مقرر شد مبلغ (به عدد) ..... ریال ، به  
حروف ..... ریال تمام از محل صندوق بیماران صعب العلاج به  
آقای / خانم ..... به صورت بلاعوض پرداخت شود.

اعضاء کمیسیون :

رئیس اداره تعاون و امور رفاهی	کارشناس مسئول تعاون و امور رفاهی	معاون توسعه مدیریت و پشتیبانی اداره کل
رئیس اداره حراست	رئیس اداره ارزیابی عملکرد	محل مهر و امضاء پزشک ناظر

