



## فرم معرفی نامه انجام معاینات پزشکی (تعیین درجه نقص عضو و کارافتادگی دائم و قطعی)

شماره سند: FM-HI-63/01

تاریخ: / / ۱۳

پیوست: .....

صفحه: ۱ از ۱

- چنانچه این معرفی نامه بصورت سر بسته ارائه نگردید لطفاً از پذیرش و معاینه بیمار خودداری فرمایید.
- نقص عضو و یا از کارافتادگی دائم و قطعی: قطع یا تغییر شکل و یا از دست دادن توانایی انجام کار عضوی از اعضاء بدن که وضعیت دائم و قطعی داشته باشد.
- از کار افتادگی موقت: از دست دادن موقت توانایی جسمی و یا روحی بیمه شده است که در اثر تحقق خطر موضوع بیمه به تشخیص پزشک، بیمه شده را از انجام وظایف شغلی باز می دارد.

شماره معرفی نامه:	تاریخ صدور:	کد ملی:
نام بیمه شده:	پوشش بیمه:	
تاریخ و وقوع حادثه:		
شرح مختصر خسارت:		

سرکار خانم / جناب آقای دکتر

طبق درخواست پزشک معتمد این شرکت، بدینوسیله بیمه شده مصدوم حامل این معرفی نامه بامشخصات فوق جهت انجام معاینات لازم پزشکی و اظهار نظر در خصوص موارد خواسته شده در زیر معرفی میگردد لطفاً پس از احراز هویت و مطابقت بامدارک شناسایی عکسدار وی اقدام به معاینه و اظهار نظر نموده نتیجه را در پاکت سر بسته به بیمار جهت ارائه به این شرکت تحویل فرمائید. توجه صدمات بدنی که بیمه شده قبل از تاریخ وقوع حادثه مندرج در فوق به آن مبتلا بوده مورد نظراین شرکت نمی باشد. هزینه معاینات و اظهار نظر توسط بیمار پرداخت و ذیلاً درج فرمایید.

با تشکر و احترام  
شرکت بیمه آرمان

### اظهار نظر پزشک بیمه گر:

مبلغ به عدد به حروف ریال بابت اعلام نظر در موارد خواسته شده از وی دریافت گردید.

- علت صدمه بدنی  حادثه  بیماری
  - آیا عضو یا اعضاء جسمی آسیب دیده وضعیت دائم و قطعی خواهد داشت. بله  خیر
- ( لطفاً اعضاء آسیب دیده دائمی را با ذکر میزان نقص عضو نسبت به همان عضو تعیین فرمایید).

توضیحات:

مهر و امضاء پزشک با ذکر شماره نظام پزشکی:

تاریخ: