**جناب آقای دکتر** ........................................

**متخصص محترم پزشکی قانونی**

**موضوع: معاینه حضوری آقای** .................................................. **به شماره ملی** ..................................................

**مورد پرونده خسارت شماره** ....................................................... **مربوط به شعبه** .............................................

با سلام؛

احتراماً، به استحضار عالی می رساند پرونده خسارت خانم / آقای ..................................................... به شماره ملی ......................................... از محل بیمه نامه مسولیت مدنی ...................................................... شرکت / خانم / آقای ................................................ به شماره ............................................... در این شعبه مفتوح می باشد لذا خواهشمند است نسبت به احراز هویت، بررسی مدارک درمانی و معاینه حضوری نامبرده اقدام و نتیجه بررسی‏های انجام شده درخصوص ارتباط صدمات وارده با ادعای مطرح شده در فرم اعلام حادثه و مدارک درمانی را به همراه تعیین میزان دیه و ارش احتمالی متعلق به نامبرده در فرمت تعیین میزان دیه، ارش و یا نقص عضو به شرح پیوست، برای این شعبه ارسال فرمائید.

* مدارک پیوست معرفینامه:

**** عکسهای رادیوگرافی **** مدارک درمانی روز حادثه

**** گزارش حادثه **** گزارش پزشک معالج

پیشاپیش از بذل توجه و عنایات جنابعالی کمال تشکر و امتنان را داریم.

باتشکر

شعبه اداره خسارت بیمه های مسئولیت

شرکت بیمه آرمان شعبه ......

رونوشت :

* بیمه گذار محترم جهت استحضار و اقدام ذیل:
* جهت معاینه زیاندیده توسط پزشک معتمد این شرکت، ضروریست، زیاندیده در روزهای ......... و ........... از ساعت ............. لغایت ................ با در دست داشتن دفترچه بیمه سلامت، تامین اجتماعی و یا هرنوع دفترچه بیمه مربوط به بیمه گر اول بهمراه تصویر برابر با اصل کلیه مدارک فوق‏الذکر پس از هماهنگی با شماره تلفن 09120845734 به نشانی تهران، محلاتی ............................................................. مراجعه نماید.