

تاریخ:

شماره:

فرم اظهار نظر پزشک معتمد

شماره بیمه نامه: شماره پرونده:

نام بیمه گزار: نام مصدوم:

تاریخ شروع بیمه نامه: تاریخ حادثه:

تاریخ شروع بیمه نامه:

موضوع: بررسی هزینه های پزشکی تعیین درصد نقض عضو ارش سایر موارد

جناب آقای/سرکار خانم/ دکتر

با احترام

پرونده خسارتی مذکور به حضورتان تقدیم ، خواهشمند است نسبت به مطالعه و بررسی پرونده و در صورت لزوم ویزیت مصدوم اقدام نموده و چنانچه ادعای نامبرده صحت دارد نسبت به اظهار نظر در خصوص تعیین درصد نقض عضو دائمی و ارش متعلقه نسبت به کل بدن بر اساس قانون مجازات اسلامی اقدام فرمائید.

باتشکر

اداره خسارت بیمه های مسئولیت

اظهار نظر پزشک معتمد:

بیمه آسیا

تاریخ، مهر و امضاء پزشک معتمد