



بیمه پاسارگاد

ادارات مرکزی:  
تهران، خیابان دکتر فاطمی  
نبش هشت بهشت، شماره ۲  
کد پستی: ۱۴۱۷۶۴۱۳۷  
تلفن: ۸۸۹۸-۱۹۰ (۰۲۱)  
دورنگار: ۸۸۹۸۱۱۴۹ (۰۲۱)  
www.pasargadinsurance.com

## گواهی پزشک معالج

\*این گواهی باید بدون قلم خوردگی تکمیل شود. به فرمهاییکه ناقص تکمیل شود ترتیب اثر داده نخواهد شد.  
\*خواهشمند است مشخصات مصدوم را حتماً با کارت شناسائی عکسدار تطبیق دهید.

مراتب ذیل مورد تأیید و گواهی اینجانب:

دکتر:

متخصص:

به شماره نظام پزشکی:

به آدرس:

تلفن:

میباشد.

۱- نام و نام خانوادگی مصدوم:

۲- شماره شناسنامه: محل صدور:

۳- تاریخ اولین مراجعه (به حروف نوشته شود):

۴- تشخیص اولیه (نوع صدمات وارده):

۵- صدمه بدنی، ناشی از حادثه می باشد یا بیماری؟

۶- چنانچه مصدوم جهت انجام معالجات پزشکی به سایر مراکز درمانی معرفی گردیده است، لطفاً نام و نشانی آن مراکز را مرقوم فرمائید.

۷- تاریخ آخرین مراجعه:

۸- نحوه معالجات انجام شده و نتیجه نهائی آن:

۹- لطفاً عضو و یا اعضای که در نتیجه صدمه بدنی مندرج در بند (۴) فوق دچار آسیب دیدگی گردیده و بطور دائم باقی خواهد ماند، ذیلاً مشخص فرمائید. (فقط صدمات بدنی در ارتباط با حادثه موضوع این گواهی، مورد نظر می باشد.)

مهر و امضاء پزشک معالج

تاریخ: