



بیمه دی

day insurance

جناب آقای / سرکار خانم (.....)

با سلام و احترام

بیمه شده محترم آقا/خانم به کد ملی بیمه شده قرارداد جهت تایید هزینه عینک، همراه با مدارک تشخیصی (کارت ملی، کپی اسناد عینک و عینک خریداری شده) جهت انجام معاینه چشم، کنترل عینک و اعلام نظر به حضورتان معرفی می گردد. شایان ذکر است اعتبار این معرفی نامه از تاریخ صدور حداکثر تا تاریخ بوده و قابل تمدید نمی باشد. خواهشمند است قبل از انجام معاینات با دریافت مدارک شناسایی معتبر نسبت به احراز هویت بیمه شده اقدام نمایید. لطفاً پس از انجام معاینه چشم و کنترل عینک از اعلام نتایج بررسی به بیمه شدگان خودداری و این معرفی نامه تحول بیمه شده تکراری است.

سرپرست شعبه ارزیابی
استان مازندران
شماره ثبت نام بیمه
رئیس شعبه ارزیابی استان مازندران
تاریخ صدور:

نظریه اپتومتریست معتمد: (این قسمت توسط اپتومتریست معتمد تکمیل می گردد)

وضعیت معاینه از نظر هویت بیمه شده، شماره چشم و شماره عینک مورد تایید می ☐ نمی ☐
لطفاً در صورت عدم تایید عینک با ذکر علت، قسمت توضیحات تکمیل گردد. (لطفاً در صورت مغایرت نمره چشم با دستور و عدسی، نمره صحیح ذکر گردد)

توضیحات:

مهر و امضاء اپتومتریست معتمد
تاریخ بررسی

بیمه شده محترم لطفاً در مهلت تعیین شده همراه با مدارک تشخیصی (کارت ملی، کپی اسناد عینک و عینک خریداری شده) جهت مراجعه به اپتومتریست معتمد اقدام نمایید. شایان ذکر است مهلت مذکور قابل تمدید نمی باشد. بدیهی است در صورت عدم مراجعه، اسناد عینک قابل رسیدگی و پرداخت نبوده و مسئولیت هر روز تاخیر در پرداخت اسناد بر عهده شخص بیمه شده می باشد. اینجانب آقا/خانم در تاریخ جهت انجام معاینه چشم و کنترل عینک به اپتومتریست معتمد مراجعه نمودم.

امضاء بیمه شده:

آدرس اپتومتریست معتمد جهت مراجعه بیمه شده:

روزها و ساعات حضور اپتومتریست معتمد:

تلفن ثابت مرکز معتمد: