شرکت / خانم / آقای **............................................................**

بيمه گذار محترم **........................................**

موضوع: مبلغ غرامت قابل پرداخت در خصوص آسیب منجر به جرح خانم / آقای **..........................................................**

مورد بيمه نامه شماره **........./................./.....................-................/.......**

به شماره پرونده خسارت **................/............/............./...............**

**با سلام و احترام؛**

**نظر به بررسی مدارک ارسالی مربوط به حادثه مورخ ......./......../.............. آقای .............................................. به استحضار می رسد با توجه به نظر پزشک معتمد بیمه‏گر، مجموع هزینه های درمانی به مبلغ .......................................... ریال مورد تایید می باشد که حسب نظر کارشناس رسمی دادگستری حوادث ناشی از کار مبنی بر قصور آن بیمه گذار محترم به میزان ........**% ، **صرفاً** **مبلغ ....................................... ریال بابت هزینه های پزشکی از محل بیمه نامه شماره ........../................./.....................-................/....... قابل پرداخت می باشد لذا خواهشمند است دستور فرمائید در صورت موافقت، نسبت به ارسال نامه ای مبنی بر تایید مبلغ مذکور به همراه شماره حساب و شبای زیاندیده اقدام لازم مبذول فرمایند تا نسبت به کارسازی مبلغ اعلامی اقدام گرد.**

باتشکر

شرکت بیمه آرمان – شعبه ...............