**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 رساند با توجه به نظر پزشک معتمد بیمه گر، مجموع هزینه های درمانی به مبلغ .......................................... ریال مورد تایید می باشد که حسب نظر کارشناس رسمی دادگستری حوادث ناشی از کار مبنی قصور آن بیمه گذار محترم به میزان ........% ، صرفاً مبلغ.......................................ریال بابت هزینه‏های پزشکی از محل بیمه نامه شماره ........../................./.....................-................/....... محاسبه شده ولی با توجه به / عدم پرداخت حق بیمه در موعد مقرر بر اساس اعلامیه بدهکار صادره، با استناد به ماده 11 از فصل دوم شرایط عمومی بیمه مسئولیت کارفرما در قبال کارکنان / عدم اعلام تعداد نفرات واقعی در زمان صدور بیمه نامه، با استناد به ماده 7 از فصل دوم شرایط عمومی بیمه مسئولیت کارفرما درقبال / خودداری از اظهار مطالبی که موجب عدم امکان ارزیابی دقیق ریسک و محاسبه حق بیمه واقعی شده، با استناد به بند 6 از فصل دوم شرایط عمومی بیمه مسئولیت کارفرما در قبال کارکنان، مبلغ ........................................... ریال خارج از شمول تعهدات بیمه گر بوده و خسارت متعلقه مشمول قاعده نسبی می‏گردد که در نهایت مبلغ ....................................... ریال بابت هزینه های درمانی از محل بیمه نامه مذکور قابل پرداخت می باشد، لذا خواهشمند است در صورت موافقت نسبت به ارسال نامه ای مبنی بر تایید مبلغ مذکور به همراه شماره حساب و شبای زیاندیده اقدام فرمائید تا نسبت به کارسازی مبلغ اعلامی اقدام گردد.

باتشکر

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