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

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

موضوع: اعلام مبلغ قابل پرداخت در خصوص آسیب منجر به جرح و نقص عضو خانم / آقای ...................................................

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

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

**با سلام و احترام**

**نظر به بررسی مدارک ارسالی مربوط به حادثه مورخ ......./......../.............. آقای ..............................................، در خصوص تعهد بیمه‏گر مراتب به شرح ذیل به استحضار می رسد:**

1. **هزینه های پزشکی :**

**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 هزینه های 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 می گردد که در نهایت مبلغ ....................................... ریال بابت هزینه های درمانی از محل بیمه نامه مذکور قابل پرداخت می باشد.**

1. **غرامت دیه و ارش :**

**با توجه به مطالعه پرونده بالینی زیاندیده / معاینه حضوری زیاندیده توسط متخصص پزشکی قانونی معتمد این شرکت که مجموع دیه و ارش متعلقه ...........**% **تعیین شده و حسب نظر کارشناس رسمی دادگستری در رشته حوادث وسوانح ناشی از کار، آن بیمه گذار محترم ........**% **در بروز حادثه مذکور مقصر شناخته شده،** **مبلغ ....................................... ریال بابت غرامت دیه و ارش 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 می گردد که در نهایت مبلغ ....................................... ریال بابت غرامت دیه و ارش از محل بیمه نامه مذکور قابل پرداخت می باشد.**

**لذا خواهشمند است در صورت موافقت نسبت به ارسال نامه ای مبنی بر تایید مبالغ مذکور بهمراه شماره حساب و شبای زیاندیده اقدام لازم مبذول فرمائید تا نسبت به واریز مبلغ اعلامی پس از تسلیم رضایتنامه رسمی از سوی زیاندیده با توجه به فرمت پیوست اقدام گردد.**

**شایان ذکر است در صورت عدم ارسال پاسخ نامه به این شرکت و عدم پیگیری مراتب توسط بیمه گذار محترم ، این شرکت هیچگونه تعهدی نسبت به افزایش احتمالی دیات نخواهد داشت.**

باتشکر

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