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

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

موضوع: اعلام مبلغ قابل پرداخت در خصوص حادثه منجر به خسارت مالی وارد به خانم / آقای ...................................................

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

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

با سلام

احتراماً، عطف/ بازگشت به نامه شماره ................................... مورخ **......./......../..............،** نظر به بررسی مدارک ارسالی مربوط به خسارت مالی مورخ **......./......../..............** وارد به .............................................، به استحضار می‌رساند با توجه به نظر ارزیاب بیمه مرکزی/کارشناس رسمی دادگستری، مبلغ ........................................................ ریال بابت خسارت مذکور از محل بیمه‌نامه شماره ........../................./.....................-................/....... ارزیابی شده، ولی با توجه به/عدم پرداخت حق‌بیمه 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 بیمه‌نامه، 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 حق‌بیمه واقعی شده، با استناد به بند 6 از فصل دوم شرایط عمومی بیمه مسئولیت کارفرما در قبال کارکنان، مبلغ ........................................... ریال خارج از شمول تعهدات بیمه‌گر بوده و خسارت متعلقه مشمول قاعده نسبی می‌گردد که در نهایت مبلغ ....................................... ریال بابت خسارت وارد به .................................................. از محل بیمه‌نامه مذکور قابل پرداخت می‌باشد. لذا؛ خواهشمند است در صورت موافقت نسبت به ارسال نامه‌ای مبنی بر تایید مبالغ مذکور بهمراه شماره حساب و شبای ............................................................................................. 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.

باتشکر

شعبه اداره خسارت بیمه های مسئولیت

شرکت بیمه آرمان شعبه ......