بدینوسیله اینجانب ............................................................... فرزند ..................................... به شماره ملی .............................................. و شماره شناسنامه ......................... متولد ......../............/................. ساکن ............................................................................................................................................... بعدالحضور، رضایت بلاقید و شرط و منجز و غیر قابل برگشت خویش را نسبت به حادثه مورخ ......../............/.................، منجر به جراحت و نقص عضو خود را اعلام و اظهار میدارم غرامت مربوط به حادثه مذکور را به مبلغ ...................................................... ریال از محل اعتبار بیمه‏نامه مسئولیت مدنی شماره ......................................... شرکت / آقای / خانم .................................................................... نزد شرکت بیمه آرمان دریافت نموده و بعد از این هیچگونه ادعایی تحت هر عنوان اعم از حقوقی، اداری و اجرائی از قبیل خسارت تاخیر در تادیه‌، مابه‌التفاوت احتمالی ارزش دیه، هزینه دفاع و دادرسی، عدم‏النفع و یا هر خسارت دیگر مرتبط با حادثه فوق، از شرکت سهامی بیمه آرمان (سهامی عام) و کارفرمای خود و بیمه‏گذار نخواهم داشت .

امضاء