



## فرم تسویه خسارت و جانشینی (پرداخت از طریق واریز به حساب)

شماره سند: FM-FR-64/02

تاریخ: / / ۱۴

پیوست: .....

صفحه: ۱ از ۱

مشخصات بیمه گذار

شماره بیمه نامه: ..... شماره پرونده خسارت: .....

نام بیمه گذار (حقیقی/حقوقی): ..... تاریخ حادثه: .....

مبلغ

مبلغ خسارت (به عدد): ..... ریال به حروف: ..... ریال

اینجانب/ این شرکت: ..... به شماره شناسنامه/ شماره ثبت: .....

دارای کد ملی/ شناسه ملی: ..... بیمه گذار/ ذینفع بیمه نامه آتش سوزی به شماره: .....

صادره توسط شرکت بیمه آرمان بدین وسیله اعلام می نمایم:

با واریز مبلغ: ..... ریال به حساب شماره: ..... نزد بانک: .....

شعبه: ..... به شماره شبا: ..... کلیه خسارت وارده به مورد بیمه، بیمه نامه

فوق الذکر بابت اعلام خسارت مورخ ..... را دریافت نموده و هیچ گونه ادعای دیگری نسبت به خسارت مذکور نداشته و بر اساس ماده

۳۰ قانون بیمه، شرکت بیمه آرمان را قائم مقام قانونی خود/ این شرکت اعلام می نمایم تا به هر ترتیب که مقتضی می داند نسبت به استیفای حقوق

متعلقه از مقصر حادثه یا هر شخص حقیقی و حقوقی مسئول و مرتبط اقدام نماید. ضمناً اقرار می نماید هیچ گونه مصالحه و سازشی با مقصر حادثه و

مسئول پرداخت خسارت در مراجع انتظامی و قضائی و یا خارج از مراجع مذکور نداشته و متعهد می شوم از این پس نیز مصالحه و توافقی بعمل

نیآورم. به هر حال چنانچه خلاف مراتب احراز و اثبات گردد، با اعلام شرکت بیمه آرمان مسئول جبران کلیه خسارات وارده به شرکت بیمه آرمان

(از جمله استرداد وجه خسارت دریافتی) خواهم بود. همچنین به شرکت بیمه آرمان اختیار کامل و وکالت بلاعزل می دهم که در جهت اعمال

جانشینی موضوع این فرم هر عمل و یا هر اقدام قانونی که از نظر آن شرکت لازم باشد و در صورت لزوم با استفاده از نام اینجانب / این شرکت انجام

دهد. ضمناً ملتزم و متعهد می شوم که در صورت تقاضای آن شرکت به هر اقدامی از قبیل تهیه اسناد و گواهی نامه و دادن استشهاد و هر نوع مساعدت

دیگری که بیمه آرمان برای استیفای حقوق خود نیاز بدان داشته باشد مبادرت ورزم.

نام و نام خانوادگی، امضاء و تاریخ:

اثر انگشت بیمه گذار و یا مهر شرکت:

مشخصات تسویه خسارت و جانشینی (پرداخت از طریق واریز به حساب)