



فرم تعهد مختومه شدن پرونده خسارت

شماره سند: FM-CI-2036/01

تاریخ: / /

پیوست:

صفحه: ۱ از ۱

(بسمه تعالی)

اینجانب آقای / خانم به کد ملی به عنوان مقصر، و اینجانب آقای / خانم به عنوان
زیان‌دیده به کد ملی دارای پرونده خسارت (ثالث/بدنه) به (شماره/ کد رهگیری) که در تاریخ
..... نزد شعبه تشکیل گردیده، اعلام میدارد از دریافت خسارت خود منصرف گردیده ام و با امضای خود
حق هر گونه اعتراض و یا تشکیل مجدد پرونده را در هر مرجع قانونی و در هر زمان را از خود صلب مینمایم.

*تکمیل هر دو قسمت ذیل برای خسارات ثالث مالی الزامی می باشد.

موارد فوق پس از مطالعه مورد تایید اینجانب به عنوان (مقصر) می باشد و مسئولیت رسیدگی به اعتراض و
پرداخت خسارت یا شکایت احتمالی زیان‌دیده ذکر شده، به هر عنوان و در هر زمان بابت پرونده مذکور را قبول مینمایم.

تاریخ و امضاء و اثر انگشت:

موارد فوق پس از مطالعه مورد تایید اینجانب به عنوان (زیان دیده) می باشد و با امضا و اثر انگشت، رضایت کامل
خود و انصراف از دریافت خسارت از شرکت بیمه آرمان به هر نحو و در هر زمان در خصوص پرونده خسارت مذکور را اعلام می نمایم.

تاریخ و امضاء و اثر انگشت