



شرکت بیمه سامان
فرم مفاصا حساب (رسید دریافت خسارت)

FOF001

تجدید نظر: ۰۰

صفحه: ۱ از ۱

در تاریخ اینجانب
نماینده قانونی شرکت، موسسه، سازمان
..... دارای شماره شناسنامه
..... و شماره ملی صادره از مقیم در شرکت بیمه سامان حضور
یافته و اقرار و اعتراف می‌نمایم:

که مبلغ $\frac{\text{به عدد}}{\text{به حروف}}$ ریال طی چک شماره مورخ عهده بانک
..... شعبه بابت خسارت وارده ناشی از حادثه مورخ موضوع پرونده خسارت شماره
..... مربوط به بیمه نامه شماره از شرکت بیمه سامان دریافت $\frac{\text{نموده‌ام}}{\text{نموده است}}$ و دیگر به هیچ عنوان

حق و ادعایی علیه آن شرکت ندارم و $\frac{\text{معترفم}}{\text{معترف است}}$ که بدینوسیله کلیه حقوق واقعی و متصوره ناشی از وقوع حادثه موضوع پرونده
خسارت مزبور اعم از حق تعقیب قضایی و مطالبه و وصول مبلغ فوق و خسارت قانونی و ... از شخص یا اشخاصی که به نحو
مستقیم یا غیر مستقیم مقصر یا مسئول حادثه شناخته شوند را به شرکت بیمه سامان واگذار $\frac{\text{نموده‌ام}}{\text{نموده است}}$ و نیز $\frac{\text{معترفم}}{\text{معترف است}}$ که
نسبت به حادثه و خسارت واقع شده هیچگونه سازش و توافقی با مقصر یا مقصرین و مسئول یا مسئولین وقوع حادثه نکرده‌ام
و متعهد و ملتزم $\frac{\text{می‌شوم}}{\text{می‌شود}}$ که در آینده نیز در این مورد هیچ توافق و گذشتی $\frac{\text{نمایم}}{\text{نمایند}}$ و از هر عملی که موجب تضییع حقوق و یا

سقوط حق مراجعه شرکت بیمه سامان به مسئول یا مسئولین یا مقصر یا مقصرین حادثه باشد، خود داری $\frac{\text{نمایم}}{\text{نمایند}}$ و در صورتیکه
عملی خلاف این تعهد انجام داده یا $\frac{\text{بدهم}}{\text{بدهد}}$ ، متعهد $\frac{\text{می‌شوم}}{\text{می‌شود}}$ علاوه بر مسترد نمودن مبالغ دریافتی به شرکت بیمه سامان از عهده
خسارت وارده به آن شرکت نیز $\frac{\text{برآیم}}{\text{برآید}}$.

بیمه گذار

نام:

آدرس:

مهر و امضاء:

تاریخ: