



فرم اعلام رضایت شخص زیان دیده

کد مدرک: FO-LB-08/00

شماره:

تاریخ:

من محضری

اینجانب آقای/خانم فرزند به شماره ملی متولد زیان دیده / ورثه مرحوم ناشی از حادثه مورخ موضوع بیمه نامه شماره پرونده خسارت در بیمه ملت به شماره (دادنامه شماره در شعبه) در کمال صحت و سلامت و با رضایت کامل و به طور قطعی و منجز اعلام می نمایم: با توجه به توافقات به عمل آمده در خصوص پرداخت خسارت با شرکت بیمه ملت ، کلیه حقوق فرضیه و قطعیه و ادعاهای خود اعم از مطالبه دیه، خسارت بدنی و مالی و غیره و در کلیه موضوعات حقوقی، کیفری و انتظامی و غیره را نسبت به شرکت بیمه ملت و آقای/خانم (مقصر حادثه) چه در گذشته و حال و آینده بطور کلی از خود سلب و ساقط می نمایم به نحوی که اینجانب و قائم مقامان قانونیم دیگر حقی نسبت به طرح دعوی علیه شرکت بیمه ملت و مقصر حادثه نداشته و نخواهم داشت و تقاضای مختومه شدن پرونده/های متشکله در شرکت بیمه ملت و مراجع قضایی رادارم.

لذا خواهشمنداست کل مبلغ توافق شده معادل ریال را به حساب با شماره شماره شبا IR□□-□□□□-□□□□-□□□□-□□□□ نزد بانک شعبه کد شعبه به نام واریز نمایید.

نشانی:

تلفن:

بازی به ثبت محضری این بخش نیست

نام امضا و اثر انگشت شاهد:

مهر مرکز خسارت:

امضا و اثر انگشت زیان دیده:

امضاء و اثر انگشت بیمه گذار: