



## شرکت بیمه پاسارگاد

ریاست محترم بیمه پاسارگاد

با سلام و احترام

به استحضار می‌رسانم، اگر به هر دلیلی، بیمه شده  
(.....) هزینه آزمایش‌های پزشکی  
را پرداخت نکند، اینجانب ..... نماینده  
کد ..... هزینه‌های آن را به شرکت بیمه می‌پردازم.

تاریخ و امضاء نماینده

تاریخ و امضاء نمایندگی (همراه با مهر)