

فرم انصراف از پوشش بیمه درمان تکمیلی

توجه: با عنایت به مفاد قرارداد بیمه درمان تکمیلی، انصراف بیمه شده اصلی و باقی ماندن همه و یا بخشی از بیمه شدگان (تحت پوشش بیمه شده اصلی) مقدور نمی باشد.

(در صورت حذف بیمه شده اصلی پوشش بیمه تکمیلی برای همه ی افراد حذف خواهد شد.)

اینجانب با کد پرسنلی و کد ملی شماره تلفن همراه شاغل در نوع استخدام (رسمی ☐ قراردادی ☐) درخواست انصراف خود و افراد تحت تکفلم را از پوشش بیمه درمان تکمیلی در سال جاری داشته و به اداره محل خدمت خود وکالت می دهم چنانچه از تاریخ ۹۶/۰۸/۰۱ خود و افراد تحت تکفلم از خدمات و پوشش بیمه تکمیلی بهره مند شده و خسارتی دریافت ننموده باشم، عین مبلغ خسارت دریافتی (تایید شده از طرف شرکت بیمه گر) را، به صورت یکجا از حقوق اینجانب کسر نماید.

مشخصات بیمه شده اصلی و افراد تحت تکفل برای انصراف از پوشش بیمه تکمیلی

نام	نام خانوادگی	شماره پرسنلی	بیمه شده اصلی	شماره شناسنامه	تاریخ تولد	کد ملی	جنسیت	نام پدر	نسبت با بیمه شده اصلی	شماره دفترچه	محل الصاق هو لو گرام

امضای بیمه شده اصلی

This document was created with Win2PDF available at <http://www.daneprairie.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.