

فرم انصراف از پوشش بیمه تکمیلی درمان

توجه: با عنایت به مفاد قرارداد بیمه تکمیلی درمان، 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 تکمیلی درمان در سال جاری را داشته و به اداره محل خدمت خود وکالت می دهم چنانچه از تاریخ ۱۳۹۵/۰۷/۰۱ خود و افراد تحت تکفلم از خدمات و پوشش بیمه تکمیلی بهره مند شده و خسارتی دریافت نموده باشم، عین مبلغ خسارت دریافتی (تائید شده از طرف شرکت بیمه گر) را، به صورت کامل و 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 درمانی	محل الصاق هولوگرام

امضاء بیمه شده اصلی