

# فرم انصراف بیمه تکمیلی درمان

اسفند ۱۳۹۹

اینجانب ..... با کد پرسنلی: ..... و کد ملی ..... با شماره تلفن همراه ..... در تاریخ / / ۱۳۹۹ انصراف خود را از بیمه

**تکمیلی طلایی** (افرادى كه شامل اين بیمه می باشند عبارتند از خود همکار ، همسر آقایان و تمامی فرزندان کارکنان)

**تکمیلی فاص** (افرادى كه شامل اين بیمه می باشند عبارتند همسر همکاران خانم و پدر و مادر کلیه همکاران )

اعلام داشته و به اداره محل خدمت خود کالت میدهم چنانچه از تاریخ ۱۳۹۹۱۲۰۲ خود و سایر افراد تحت پوشش از خدمات بیمه تکمیلی بهره مند شده و یا خسارتی دریافت نموده باشم، عین مبلغ خسارت دریافتی را، به صورت کامل و یکجا از حقوق اینجانب کسر نماید.

**تذکر ۱:** با انتخاب تکمیلی طلایی، عضویت خود و تمامی اعضای زیر مجموعه ابطال خواهد شد

**تذکر ۲:** با انصراف از بیمه طلایی، بیمه تکمیلی خاص شما نیز باطل خواهد شد

تذکر ۱: بیمه گذار محترم، اطلاعات را با دقت وارد نمایید. در صورت وارد نمودن اطلاعات نادرست، در صورت بروز مشکل هنگام پرداخت خسارت های درمان مسئولیت به عهده شما خواهد بود.

امضاء بیمه شده اصلی