

# فرم انصراف بیمه تکمیلی دانا

## تیر ۱۴۰۲

اینجانب ..... با کد پرسنلی: ..... و کد ملی .....  
با شماره تلفن همراه ..... در تاریخ / ۰۴ / ۱۴۰۲ انصراف خود را از بیمه

**تکمیلی دانا** که شامل خود همکار و تمامی افراد زیر مجموعه می باشد را اعلام داشته و به اداره محل خدمت خود وکالت میدهم چنانچه  
از تاریخ ۱۴۰۲۰۴۰۱ خود و سایر افراد تحت پوشش از خدمات بیمه تکمیلی بهره‌مند شده‌و یا خسارتی دریافت نموده باشم، عین مبلغ  
خسارت دریافتی را، به صورت کامل و یکجا از حقوق اینجانب کسر نماید.

امضاء بیمه شده اصلی