

فرم کاهش بیمه تکمیلی دانا

تیر ۱۴۰۲

(این فرم فقط مخصوص کاهش تعداد اعضای می باشد)

اینجانب (مشخصات همکار) : با کد پرسنلی : و کد ملی و تلفن در

تاریخ ۱۴۰۲ / ۰۴ / ۰۱ متقاضی کاهش تعداد افراد زیر مجموعه فود که در جدول ذیل درج گردیده بوده و به اداره ممل فدمت فود کالت میدهم پنانچه از تاریخ

۱۴۰۲/۰۴/۰۱ افراد ذکر شده از فدمات بیمه تکمیلی فسارتی دریافت نمایند، عین مبلغ فسارت دریافتی را، به صورت یکجا از مقوق اینجانب کسر نماید.

مشخصات افرادی که باید حذف شوند

| ردیف | نام و نام خانوادگی | کد ملی (۱۰ رقم) | نسبت با بیمه شده | | | | | علت حذف | | | | |
|------|--------------------|-------------------|------------------|------------------|------|-----|------|-------------------|--------------|--------------|-----|--------------------|
| | | | فرزند | همسر کارکنان اقا | همسر | پدر | مادر | همسر کارکنان خانم | اشتغال فرزند | ازدواج فرزند | فوت | عدم تمایل به عضویت |
| ۱ | | | | | | | | | | | | |
| ۲ | | | | | | | | | | | | |
| ۳ | | | | | | | | | | | | |
| ۴ | | | | | | | | | | | | |

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 .
تذکر ۲: با توجه به مفاد قرارداد همکاران در انتخاب گزینشی فرزندان جهت بیمه تکمیلی مختار نبوده و آقایان در صورت بیمه همسر می بایست تمامی فرزندان خود را که به لحاظ شرایط عمومی قرارداد توان عضو شدن را دارند به عضویت در آورند و لذا حذف آنها و یا نوشتن نام آنها در فرم مقدور نبوده و چنانچه این مورد باعث عدم پرداخت خسارت درمان گردد مسئولیت آن به عهده همکار خواهد بود ، همچنین همکاران خانم نیز نمی توانند به صورت گزینشی فرزندان خود را بیمه نمایند و در صورت بیمه نمودن یکی از فرزندان می بایست همسر و دیگر فرزندان حائز شرایط و همسر را نیز تحت پوشش بیمه قرار دهند. این شرط برای کاهش افراد نیز صدق می کند.

امضاء بیمه شده اصلی