



شرکت خدماتی و کمک‌رسانی پیشگام الوند اتحاد "درمانت"

بیمه شده گرامی،

عدم مراجعه شما به تامین اجتماعی یا بیمه‌گر پایه جهت اخذ سهم آن سازمان بابت هزینه های درمان، موجب می‌گردد سهم سازمان یا بخشی از آن از سقف پوشش بیمه ای شما نزد شرکت بیمه‌گر مکمل کاسته شود. لذا با علم به این مطلب، چنانچه کماکان تصمیم به عدم مراجعه به سازمان تأمین اجتماعی یا بیمه‌گر پایه خود را دارید، لطفاً نسبت به امضاء ذیل برگه اقدام نمائید. بدیهی است پس از پرداخت خسارت توسط بیمه‌گر مکمل، امکان ارائه اصل سند مقدور نخواهد بود.

اداره خسارت درمان – شرکت درمانت

بدین وسیله اینجانب ----- بیمه شده قرارداد -----
با علم به موضوع و با رضایت شخصی از اخذ سهم بیمه‌گر پایه بابت هزینه های بستری بیمار خانم/آقای -----
از تاریخ ----- الی ----- در -----
بیمارستان ----- اعلام انصراف نموده و تقاضا دارم بیمه‌گر مکمل سهم خود را
طبق مفاد قرارداد فیما بین محاسبه و پرداخت نماید.

امضاء و اثر انگشت