**وکالتنامه** 

شرکت سهامی آب منطقه ای سیستان و بلوچستان

با سلام

احتراما اینجانب آقای /خانم فرزند دارای شماره شناسنامه

تاریخ تولد کد ملی شماره بیمه تأمین اجتماعی صادره از بازنشسته سازمان نشانی منزل

تلفن منزل تلفن همراه

شماره حساب :

شماره شبا :

بدینوسیله اعلام می دارم که اینجانب و افراد تحت تکفل ذیل تمایل داریم از مفاد قرارداد بیمه تکمیلی درمان منعقده فی مابین شرکت آب منطقه ای س و ب و شرکت بیمه آتیه سازان حافظ ، در سال 1404 – 1403 استفاده نماییم . ضمنا پرداخت حق بیمه مطابق با مفاد مندرج در قرارداد مذکور را به یکی از حالتهای ذیل تقبل نموده و در صورت عدم پرداخت حق بیمه ، حق هرگونه اعتراض و ادعا را از خود سلب می نمایم .

پرداخت حق بیمه به صورت یکجا و نقدی در ابتدای قرارداد به شرکت بیمه گر 🞏

پرداخت حق بیمه در قالب چک صیاد به شرکت بیمه گر در 2 قسط 🞏

پرداخت حق بیمه در قالب چک صیاد به شرکت بیمه گر در 4 قسط 🞏

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **شماره تماس** | **شماره شناسنامه** | **شماره ملی** | **تاریخ تولد**  **(روز، ماه، سال)** | **نام پدر** | **نسبت با بیمه شده**  **(سرپرست،همسر،فرزند)** | **نام و نام خانوادگی** |
|  |  |  |  |  |  |  |

امضا و اثر انگشت مستمری بگیر

تاریخ