**وکالتنامه** 

 شرکت سهامی آب منطقه ای سیستان و بلوچستان

با سلام

احتراما"، اینجانب آقای /خانم فرزند دارای شماره شناسنامه

کد ملی شماره مستمری صادره از بازنشسته سازمان

نشانی منزل تلفن منزل

تلفن همراه

با عنایت به قرارداد منعقده بیمه تکمیلی درمان فی ما بین شرکت آب منطقه ای و شرکت بیمه آتیه سازان حافظ، در کمال صحت و سلامت جسم و روان، شرکت آب منطقه ای را وکیل خود قرار می دهم تا نسبت به اعلام به سازمان بازنشستگی به منظورکسر اقساط از حقوق و مزایای اینجانب و واریز به حساب آب منطقه ای سیستان و بلوچستان به منظور پرداخت حق بیمه مربوط به قرارداد منعقده با شرکت بیمه گر برای اینجانب و افراد تحت تکفل ذیل، بر اساس مبلغ مندرج در قرارداد از تاریخ تا تسویه کامل مبالغ اعلامی، اقدام نمایند و بدین وسیله حق هر گونه ادعا و اعتراض آتی در این خصوص را از خود سلب می نمایم.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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