



به نام خدا

ضمانت نامه ثبت نام بیمه درمان تکمیلی پرسنل تأمین خودرو

اینجانب به کد ملی

و کد پرسنلی شاغل در استان منطقه

تقاضای عضویت در بیمه درمان تکمیلی را دارم و متعهد می شوم در زمان قطع همکاری و در صورت استفاده از هزینه خسارت بیمه، تا پایان قرارداد بیمه درمان تکمیلی مبلغ حق بیمه را پرداخت نمایم.

در همین راستا با توجه به امضای ضمانت نامه توسط اینجانب و ضامنین، در صورت عدم پرداخت حق بیمه شرکت خدمات اول مخابرات اختیار کامل دارد مطالبات اینجانب را از حقوق ضامن کسر و به حساب شرکت بیمه واریز نماید و اینجانب و ضامنین با علم و آگاهی کامل آن را قبول نموده ایم و حق ادعا و اعتراضی در این خصوص نداشته و نخواهیم داشت.

مشخصات ضامنین: (حتما می بایست پرسنل ثابت ضمانت نماید.)

ضامن اول: آقای/خانم به کد ملی و کد پرسنلی
شاغل در منطقه ضامن آقای می باشد.

ضامن دوم: آقای/خانم به کد ملی و کد پرسنلی
شاغل در منطقه ضامن آقای می باشد.

اینجانب متعهد شده در صورتی که آقای از هزینه خسارت بیمه درمان تکمیلی استفاده نماید، در زمان ترک کار می بایست تا پایان قرارداد هزینه حق بیمه را پرداخت نماید. و در صورتیکه نسبت به پرداخت آن اقدام به عمل نیاورد، اینجانب رضایت خود را جهت کسر از حقوق به مقدار بدهی معوق ایشان اعلام می دارم و هیچ گونه اعتراضی نسبت به آن نداشته و ندارم.

نام و نام خانوادگی، امضا و اثر انگشت مالک خودرو

نام و نام خانوادگی، امضا و اثر انگشت ضامن اول

نام و نام خانوادگی، امضا و اثر انگشت ضامن دوم