

به نام خدا

ضمانت نامه پرسنل قرارداد خودرویی جهت درخواست عضویت به بیمه درمان تکمیلی قرارداد سال « ۱۴۰۲ »

اینجانب به کد ملی شاغل در استان مرکز تقاضای عضویت به بیمه درمان تکمیلی مربوط به تاریخ ۱۴۰۲/۰۹/۰۱ لغایت ۱۴۰۳/۰۸/۳۰ 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 برابر رضایتنامه (ضامن) در صورت عدم پرداخت حق بیمه فوق توسط اینجانب، شرکت شسکام اختیار کامل دارد مطالبات اینجانب را از حقوق ضامن کسر و به حساب شرکت بیمه واریز نماید و اینجانب و ضامن با علم و آگاهی کامل آن را قبول نموده ایم و حق ادعا و اعتراضی در این خصوص نداشته و نخواهیم داشت.

مشخصات ضامن: (حتما می بایست ضامن غیر از نیروهای خودرویی باشد)

ضامن: آقای / خانم با کد ملی شاغل در ، ضامن
آقای می باشد.

اینجانب (ضامن)، متعهد شده در صورتی که آقای از هزینه خسارت بیمه درمان تکمیلی استفاده نموده و در زمان ترک کار می بایست تا پایان قرارداد هزینه حق بیمه را پرداخت نماید 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 هیچگونه اعتراضی نسبت به آن نداشته و ندارم.

نام، امضا و اثر انگشت پرسنل خودرویی

نام، امضا و اثر انگشت ضامن (غیر از نیروهای خودرویی)