



بیمه شده گرامی

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

شرکت بیمه سامان – اداره قراردادهای درمان

بدینوسیله اینجانب ----- بیمه شده قرارداد -----
با علم به موضوع و با رضایت شخصی از اخذ سهم سازمان تأمین اجتماعی بابت هزینه بستری خانم/آقا----- از تاریخ ----- الی ----- در
بیمارستان----- اعلام انصراف نموده و تقاضا دارم شرکت بیمه سامان سهم خود را طبق مفاد قرارداد فی مابین محاسبه و پرداخت نماید.

امضا و اثر انگشت