

فرم تعهدنامه

اینجانب (نام و نام خانوادگی)..... مسئول آزمایشگاه..... با امضا و مهر این فرم تأیید می‌نمایم.

- ۱- مشخصات کارکنان این آزمایشگاه به نمایندگی بیمه دانا (رومی کد ۳۱۳) اعلام گردیده و کارکنان فوق‌الذکر از طرف آزمایشگاه تحت پوشش سازمان تأمین اجتماعی می‌باشند.
- ۲- آزمایشگاه متعهد می‌شود حق بیمه، پوشش بیمه درمان تکمیلی و عمر و حوادث گروهی افراد فوق‌الذکر جمعا به تعداد..... نفر درمان تکمیلی و..... نفر عمر و حوادث گروهی را مستقیما به حساب بیمه دانا طی فیش‌های اعلامی از سوی نمایندگی واریز می‌نماید.
- ۳- به موجب این تعهدنامه پرداخت کلیه حق بیمه‌های افراد فوق به عهده آزمایشگاه بوده و خود را متعهد به پرداخت کامل آن‌ها می‌دانم و تأیید می‌نمایم که در صورت عدم ایفای تعهدات مزبور از جمله عدم پرداخت حق بیمه به هر عنوان، مبلغ بدهی حق بیمه به عنوان مطالبات شرکت بیمه دانا تلقی شده و هیچگونه اعتراضی در این خصوص نخواهم داشت و مبلغ اعلامی شرکت بیمه دانا مورد قبول بوده و به حساب آزمایشگاه منظور می‌گردد.
- ۴- ضمن قبول صحت کلیه موارد فوق و همچنین نرخ و شرایط مندرج در متن قرارداد حق هرگونه ادعا و اعتراضی بعد از تکمیل فرم فوق‌الذکر از آزمایشگاه سلب و ساقط می‌گردد.

تاریخ

مهر و امضا مسئول آزمایشگاه

** پس از تکمیل فرم همراه با سایر مدارک اسکن و به آدرس ایمیل bime_dana_313@yahoo.com ارسال گردد.