



فرم انصراف از عضویت در بیمه تکمیلی درمان

کد مدرک : F/81/05/01

تاریخ بازنگری : ۱۳۹۷/۰۸/۰۵

صفحه : ... از ...

اداره ایمنی بهداشت و سلامت:

اینجانب به شماره پرسنلی بدینوسیله انصراف افراد مشروحه ذیل را از عضویت در بیمه تکمیلی درمان سال ۱۳ شرکت اعلام می نمایم و هیچگونه درخواستی از شرکت بابت هزینه های درمانی تکمیلی افراد ذکر شده نخواهم داشت.

۱-

۲-

۳-

۴-

۵-

۶-

نام و نام خانوادگی:

تاریخ:

امضاء و اثر انگشت