

فرم حذف بیمه تکمیلی ویژه ۲

فرم مشخصات بیمه تکمیلی جهت **حذف کردن** (فرد یا افراد) اعضای هیات علمی و کارمندان مربوط به قرارداد (۱۴۰۰/۰۸/۰۱ لغایت ۱۴۰۱/۰۷/۳۰)

همکاران محترم لطفاً باتوجه به نوع درخواست خود به نوع فرم حذف و یا اضافه توجه بفرمایند.

اینجانب آقای / خانمدرخواست حذف بیمه تکمیلی برای افراد تحت پوشش خود (تکمیلی ۲) به نام و یا به نامهای :

| ردیف | نسبت | نام و نام خانوادگی | شماره شناسنامه | کد ملی | علت حذف |
|------|--------------------------------|--------------------|----------------|--------|---------|
| ۱ | اصلی | | | | |
| ۲ | فرزند ذکور مجرد بالای ۲۶ سال | | | | |
| ۳ | فرزند (ذکور مجرد بالای ۲۶ سال | | | | |
| ۴ | فرزند (پسر متأهل) | | | | |
| ۵ | فرزند (پسرمتأهل) | | | | |
| ۶ | فرزند (دخترمتأهل) | | | | |
| ۷ | فرزند (دخترمتأهل) | | | | |
| ۸ | عروس | | | | |
| ۹ | عروس | | | | |
| ۱۰ | داماد | | | | |
| ۱۱ | داماد | | | | |
| ۱۲ | پدر همسر | | | | |
| ۱۳ | مادر همسر | | | | |

مندرجات فوق مورد تأیید اینجانبمی باشد.

امضاء

تاریخ :

توجه : همکار محترم دانشگاهی، لطفاً به جهت اهمیت موضوع در اسرع وقت نسبت به تکمیل فرم تا تاریخ مقرر از طریق اتوماسیون به کارتابل رییس اداره رفاه و امور بازنشستگی ارسال فرمائید.