

همکاران گرامی در پر کردن نوع فرم حذف و اضافه دقت فرمایند.

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)

نوع استخدام: محل خدمت:

تلفن مستقیم محل کار: تلفن داخلی: تلفن همراه (۱): تلفن همراه (۲): تلفن منزل:

اینجانب آقای / خانم متقاضی حذف بیمه تکمیلی برای خودم و یا افراد تحت پوشش خود به نام و یا نامهای زیر می باشم.

ردیف	نسبت	نام و نام خانوادگی	شماره شناسنامه	کد ملی	علت حذف
۱	اصلی				
۲	همسر				
۳	فرزند				
۴	فرزند				
۵	فرزند				
۶	فرزند				
۷	پدر تحت تکفل				
۸	مادر تحت تکفل				
۹	پدر غیر تحت تکفل				
۱۰	مادر غیر تحت تکفل				

مندرجات فوق مورد تأیید اینجانب می باشد.

امضاء: تاریخ:

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