

باسمه تعالی

فرم تقاضای حذف افراد تحت تکفل مربوط به قرارداد بیمه درمان تکمیلی ۱۴۰۴-۱۴۰۵

(همسر، فرزندان، پدر و مادر)

احتراماً اینجانب فرزند با شماره پرسنلی و کد ملی شماره

شناسنامه تاریخ تولد شاغل در و با شماره تلفن همراه ضمن اعلام اطلاع و آگاهی

کامل از حق بیمه ماهانه ۱۳,۵۰۰,۰۰۰ ریال در ازاء هر یک از افراد تحت تکفل (پدر، مادر، همسر دوم و فرزند ذکور بالای ۱۸ سال) و با

توجه به عدم تمایل درج افراد تحت تکفل در قرارداد جدید بیمه تکمیلی درمان درخواست می‌نمایم نسبت به "**حذف**" افراد ذیل الذکر از

ردیف بیمه تکمیلی درمان اقدام نمایند.

ردیف	نام و نام خانوادگی	نسبت (دختر/پسر / همسر و...)	شماره شناسنامه	کد ملی	تاریخ تولد روز/ ماه /سال	نام پدر
۱						
۲						
۳						
۴						
۵						

تاریخ و امضاء سرپرست