

فرم درخواست ابطال دفترچه بیمه خدمات درمانی

اینجانب.....دارای شماره ملی:.....عضو هیات علمی/ غیر هیات علمی
 بازنشسته در دانشکدهمتقاضی ابطال دفترچه بیمه به شرح ذیل می باشم.
 خواهشمند است در این خصوص اقدام لازم مبذول نماید.

• علت ابطال

۱. فوت صاحب دفترچه
۲. ازدواج صاحب دفترچه
۳. رسیدن به سن قانونی
۴. داشتن سایر بیمه ها (اشتغال)

ردیف	نام و نام خانوادگی صاحب دفترچه	نام پدر	نسبت	کد ملی	علت ابطال

• مدارک لازم جهت ابطال

۱. فوت صاحب دفترچه: الف: اصل دفترچه ب: گواهی فوت ج: تصویر فیش حقوقی
۲. ازدواج صاحب دفترچه: الف: اصل دفترچه ب: تصویر کلیه صفحات شناسنامه ج: تصویر فیش حقوقی
۳. رسیدن به سن قانونی: الف: اصل دفترچه ب: تصویر کلیه صفحات شناسنامه ج: تصویر فیش حقوقی
۴. سایر بیمه ها (اشتغال): الف: اصل دفترچه ب: تصویر کلیه دفترچه بیمه فرزند یا همسر ج: تصویر فیش حقوقی

تلفن ثابت:.....

تلفن همراه:.....

امضای سرپرست

امضای رئیس اداره رفاه

امضای کارشناس بیمه اولیه

تاریخ

تاریخ

تاریخ