

«فرم درخواست ابطال دفترچه بیمه خدمات درمانی»

اینجانب دارای شماره ملی: عضو هیأت علمی / غیر هیأت علمی
 شاغل در دانشکده / واحد متقاضی ابطال دفترچه بیمه به شرح ذیل می باشم.
 خواهشمند است در این خصوص اقدام لازم مبذول نمایید.

• 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

- ۵- فوت صاحب دفترچه: الف: اصل دفترچه ب: گواهی فوت ج: تصویر فیش حقوقی
- ۶- ازدواج صاحب دفترچه: الف: اصل دفترچه ب: تصویر کلیه صفحات شناسنامه ج: تصویر فیش حقوقی
- ۷- رسیدن به سن قانونی: الف: اصل دفترچه ب: تصویر کلیه صفحات شناسنامه ج: تصویر فیش حقوقی
- ۸- سایر بیمه ها (اشتغال) الف: اصل دفترچه ب: تصویر کلیه صفحات دفترچه بیمه فرزند یا همسر د: تصویر فیش حقوقی

تلفن ثابت: تلفن همراه:

امضای کارشناس بیمه اولیه

امضای رئیس اداره رفاه

امضای سرپرست

تاریخ

تاریخ

تاریخ