

فرم انصراف از بیمه تکمیلی

در صورتی که قصد انصراف از بیمه تکمیلی برای خود و یا افراد تحت تکفل خود را دارید فرم زیر (برای هر فرد بصورت جداگانه) را تکمیل نموده و پس از امضا به اداره رفاه تحویل نمایید

نام و نام خانوادگی بیمه شده اصلی

.....

شماره تلفن همراه بیمه شده اصلی

.....

کد ملی بیمه شده اصلی

.....

نام فردی که قصد حذف ایشان را دارید

.....

کد ملی فرد مورد نظر

.....

نسبت با بیمه شده اصلی

پدر مادر فرزند همسر

جنسیت

مرد زن

امضاء و تاریخ