**\*\*\*فرم نامه ادامه بیمه درمان فرد بازنشسته**

**جناب آقای**

**سرپرست محترم مدیریت امور پشتیبانی ورفاهی**

**باسلام واحترام،**

**به استحضار می رساند با توجه به ابلاغ بازنشستگی آقا / خانم ............................ پرسنل ( رسمی / پیمانی /قراردادی ) مرکز........................... ازتاریخ ....................... به شماره کدملی .................. که دارای بیمه درمان طرح ........... اصلی ...... نفر وتبعی ........ نفر می باشند و به علت تمایل ایشان به استفاده ازبیمه تکمیلی نامبرده مبلغ ........................ ریال تاپایان قرارداد ................. طی فیش ............... به شماره حساب ..................... شرکت بیمه.................. واریز نموده اند. لذا خواهشمند است دستور اقدامات لازم را مبذول فرمایید.**

**مدارک لازم :**

**1-حکم کارگزینی**

**2-ابلاغ بازنشستگی**

**3- درخواست شخصی فرد بازنشسته**

**4- فیش واریزی ازتاریخ ابلاغ بازنشستگی تاپایان قرارداد**

**5- فرم تعهدنامه ازسامانه بیمه درمان دانشگاه**