**\*\*فرم نامه فوتی بیمه شده تبعی**

**جناب آقای**

**سرپرست محترم مدیریت امور پشتیبانی ورفاهی**

**باسلام واحترام،**

**به استحضار می رساند باتوجه به فوت ( مادر / پدر/ همسر /فرزند )آقا / خانم ............................ پرسنل ( رسمی / پیمانی / قراردادی / طرحی / شرکتی) مرکز........................به شماره کد ملی .................. که دارای بیمه درمان طرح ........... اصلی ...... نفر وتبعی ........ نفر می باشد آقا / خانم ........................... تحت تکلف نامبرده ازلیست بیمه شدگان مرکز حذف می گردد. لذا خواهشمند است دستور اقدامات لازم رامبذول فرمائید.**

**مدارک لازم :**

**1-تصویر شناسنامه وکارت ملی (بیمه شده تبعی )**

**2- گواهی فوت فرد تحت تکلف**

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