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

**جناب آقای**

**سرپرست محترم مدیریت امور پشتیبانی ورفاهی**

**باسلام واحترام،**

**به استحضار می رساند باتوجه به بازنشستگی آقا / خانم ............................ پرسنل ( رسمی / پیمانی /قراردادی ) مرکز........................... ازتاریخ ....................... به شماره کدملی .................. که دارای بیمه درمان طرح ........... اصلی ...... نفر وتبعی ........ نفر می باشند و عدم تمایل ایشان به استفاده ازبیمه تکمیلی خواهشمند است دستور فرمائید قرارداد ایشان ازتاریخ مذکور فسخ گردد .**

**مدارک لازم :**

**1-حکم کارگزینی**

**2-ابلاغ بازنشستگی**

**3-درخواست شخصی فرد بازنشسته**

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