**\*\*\*فرم نامه فوتی بیمه شده اصلی**

**جناب آقای**

**سرپرست محترم مدیریت امور پشتیبانی ورفاهی**

**باسلام واحترام،**

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

**مدارک لازم :**

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

**2- گواهی فوت**

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