

بسمه تعالی

فرم انصراف کلی از بیمه درمان تکمیلی دانشگاه صنعتی ارومیه

مدیر محترم امور اداری دانشگاه

با سلام و احترام،

اینجانب کارمند/ هیأت علمی دانشگاه صنعتی ارومیه با آگاهی از مطلب مندرج در ذیل این فرم، متقاضی

انصراف کلی از بیمه درمان تکمیلی دانشگاه از تاریخ / / می باشم.

بیمه شده محترم؛

در صورت انصراف از بیمه درمان دانشگاه، با توجه به تعهدات و شرایط مناسب قرارداد و با توجه به خطرات پیش بینی نشده، به استحضار می رساند این دانشگاه در صورت ابتلاء به بیماری و حوادث غیر مترقبه، هیچ گونه تعهدی در خصوص هزینه های جنابعالی و افراد تحت تکفل شما نخواهد داشت و عضویت مجدد شما در طی یک سال قرارداد پس از انصراف امکان پذیر نخواهد بود. /

شماره تلفن محل کار:

شماره تلفن همراه:

تاریخ و امضاء