

## فرم انصراف از بیمه مکمل درمان بازنشستگان و موظفان مشترک صندوق بازنشستگی کشوری

مدیریت محترم توسعه سازمان و منابع انسانی دانشگاه

با سلام و احترام

اینجانب بازنشسته/وظیفه بگیر مرحوم..... که در تاریخ ..... به افتخار بازنشستگی نائل شده ام/به رحمت ایزدی پیوست اند. بدینوسیله انصراف خود را از خدمات بیمه مکمل درمان بازنشستگان و وظیفه بگیران اعلام و با امضای ذیل این انصراف نامه حق هرگونه اعتراض و درخواست برقراری مجدد آن را از تاریخ ۹۷ لغایت ۹۸ از خود سلب و ساقط می نمایم. در صورت تمایل به استفاده از بیمه مذکور در سالهای آتی مراتب را کتبا در مهلت مقرر اعلام خواهم نمود.

امضاء بازنشسته/وظیفه بگیر

تاریخ

آدرس محل سکونت :

تلفن همراه :

تلفن ثابت :