

فرم انصراف کلی از بیمه درمان تکمیلی دانشگاه کردستان

دبیر محترم ستاد رفاهی کارکنان

با سلام

اینجانب عضو هیات علمی / کارمند رسمی / پیمانی / قراردادی با آگاهی از مطلب مندرج در ذیل این فرم ، متقاضی انصراف کلی خود و کلیه افراد تحت تکفل را از بیمه درمان تکمیلی دانشگاه از تاریخ می باشم.

بیمه شده محترم :

در صورت انصراف از بیمه درمان تکمیلی دانشگاه ، با توجه به تعهدات و شرایط قرارداد و با توجه به خطرات پیش بینی نشده ، به استحضار می رساند هیچ گونه امکانی برای عضویت مجدد شما در طی یک سال قرارداد پس از انصراف مقدور نخواهد بود.