**فرم شماره (2)**

**ویژه همکارانی که در قرارداد فعلی تحت پوشش بیمه درمان تکمیلی بوده و نیاز به حذف یا اضافه نمودن افراد تبعی، انصراف کلی را دارند**

**الف) جدول برای اضافه نمودن افراد تبعی**

اینجانب : محل خدمت: شماره تلفن همراه: شماره تلفن ثابت:

با توجه به شرایط و تعهدات قید شده در شرایط قرارداد افراد تبعی زیر را در قرارداد جدید به لیست بیمه شدگان تکمیلی خود **اضافه** می نمایم:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| رديف | نام و نام‌خانوادگي | نام‌پدر | شماره‌  شناسنامه | شماره‌‌ملي | تاريخ تولد | | | جنسيت | نسبت با بيمه  شده‌ي اصلي |
| **روز** | **ماه** | **سال** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**ب) جدول برای حذف نمودن افراد تبعی**

اینجانب : محل خدمت: شماره تلفن همراه: شماره تلفن ثابت:

با توجه به شرایط و تعهدات قید شده در شرایط قرارداد افراد تبعی زیر را از تاریخ 1/11/1401 از لیست بیمه­ی تکمیلی خود **حذف** می نمایم:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| رديف | نام و نام‌خانوادگي | نام‌پدر |
|
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |

**ج) اینجانب و افراد تحت پوشش متقاضی انصراف کلی از بیمه­ی درمان تکمیلی می­باشم**

نام و نام خانوادگی: تاریخ: شماره موبایل امضا: