



## فرم انصراف کلی از بیمه درمان تکمیلی دانشگاه کردستان

با سلام

اینجانب از اعضای هیات علمی / کارمند رسمی / قراردادی / پیمانی / شرکتی با آگاهی از

مطلب مندرج در ذیل این فرم، متقاضی انصراف کلی خود و کلیه افراد تحت تکفل و عضو از طریق بنده از بیمه

درمان تکمیلی دانشگاه از تاریخ می باشم.

امضاء:

تاریخ:

### بیمه شده محترم:

در صورت انصراف از بیمه تکمیلی درمان دانشگاه با توجه به خطرات پیش بینی نشده در صورت ابتلا به بیماری و حوادث غیر مترقبه، این دانشگاه 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.