

تاریخ :

فرم تمایل یا عدم تمایل به بیمه مکمل درمان

بازنشستگان و موظفین مشترک صندوق بازنشستگی

به : سازمان / اداره کل / شرکت :

با سلام و احترام؛

مخصوص باز نشسته:

اینجانب: فرزند: به تاریخ تولد: / / به شماره ملی:

شماره همراه :

مخصوص وظیفہ بگیر:

اینجانب: / / به تاریخ تولد: / / به شماره ملی:

ورثہ مرحوم: شماره همراه:

بدینوسیله مراتب تمایل ☐ عدم تمایل ☐ خود را از خدمات بیمه مکمل درمان و وظیفه بگیران اعلام نموده و حق هر گونه اعتراض را در سال جاری از خود سلب و ساقط می نمایم

محل تاریخ و شماره دبیرخانه دستگاه:

تاریخ :

شماره دیرخانه :

تاریخ و امضاء

بازنشسته /وظیفه بگیر

* ذکر شماره همراه الزامی است

بازنشسته عزیز حداکثر سه ماه از تاریخ صدور یا اجرای حکم بازنشستگی فرصت دارید با مراجعه به پنل جبران هزینه خسارت و درمان در سایت SABASRM.IR نسبت به ثبت درخواست پوشش افراد تحت تکفل واجد شرایط خود اقدام نمایید