

« فرم انصراف از بیمه مزاد درمان (تکمیلی) صندوق حمایت و بازنشستگی آینده ساز »

اینجانب فرزند به شماره عضویت و شماره ملی

متولد / / ۱۳..... با اطلاع از شرایط و ضوابط مربوط به انصراف از بیمه مزاد درمان صندوق حمایت و بازنشستگی

آینده ساز ، متقاضی انصراف از این طرح به همراه افراد تحت تکفل خویش می باشم.

امضاء بیمه شده اصلی