

بسمه تعالی

تاریخ درخواست :

مدیریت محترم عامل شرکت تعاونی سینا یاران

با سلام و احترام

خواهشمند است دستور فرمائید نسبت به اضافه ☐ حذف ☐ بیمه تکمیلی اینجانب با کد پرسنلی..... و اعضای خانواده بشرح ذیل اقدام نمایند.

ردیف	نام و نام خانوادگی	نام پدر	شماره شناسنامه	صادره	تاریخ تولد	کد ملی	نسبت
۱					/ /		اصلی
۲					/ /		
۳					/ /		
۴					/ /		
۵					/ /		
۶					/ /		
۷					/ /		

شماره شبا بانک سینا :							IR
شماره همراه بیمه شده اصلی:	+۹						

توجه : تکمیل کلیه اطلاعات خواسته شده در جدول ضروری می باشد .
مدارک لازم اشخاص تحت تکفل : ۱- شناسنامه (تمامی صفحات) ۲- کارت ملی

امضاء

درخواست کننده

شرایط بیمه تکمیلی:

۱- افراد درجه یک خانواده را می توان تحت پوشش بیمه تکمیلی قرار داد (مادر-پدر-همسر- فرزندان)

تذکر : برادر و خواهر شامل نمی شوند

۲- شرایط خاص ورود افراد به بیمه در طول مدت قرارداد:

الف- تولد فرزند (جهت پوشش نوزاد) ب- ازدواج (جهت پوشش همسر)

ج- قرارداد جدید (جهت پوشش پرسنل جدید استخدام)

۳- شرایط خاص خروج از بیمه در مدت قرارداد:

قطع همکاری پرسنل : در این صورت مبلغ بیمه تا زمان صدور الحاقیه برگشتی با فرد محاسبه می گردد.

توضیحات : اگر در مدت پوشش از تسهیلات بیمه استفاده شده باشد مبلغ تا پایان قرارداد از شخص اخذ خواهد گردید.