

لطفاً پیش از تکمیل فرم درخواست موارد ذیل را به دقت مطالعه فرموده و با آگاهی کامل از شرایط پوشش بیمه تکمیلی اقدام به ثبت نام نمائید

۱. افراد درجه یک خانواده را می توان تحت پوشش بیمه تکمیلی قرار داد (مادر- پدر- همسر- فرزند)
توضیحات: برادر و خواهر شامل نمی شوند
۲. قرارداد با بیمه یک ساله منعقد می گردد و در مدت قرارداد **در شرایط عادی امکان ورود یا خروج از پوشش بیمه میسر نمی باشد**
۳. شرایط خاص ورود افراد به بیمه در مدت قرارداد :
الف- تولد فرزند (جهت پوشش نوزاد)
ب- ازدواج (جهت پوشش همسر)
ج- قرارداد جدید (جهت پوشش پرسنل جدید استخدام)
۴. شرایط خاص خروج از بیمه در مدت قرارداد:
قطع همکاری پرسنل : در این صورت مبلغ بیمه تا پایان ماه بعد با فرد محاسبه می گردد
توضیحات: اگر در مدت پوشش از تسهیلات بیمه استفاده شده باشد مبلغ تا پایان قرار داد از شخص اخذ خواهد گردید
۵. مبلغ بیمه درمان تکمیلی ماهیانه برای هر نفر (در زمان عقد قرارداد پس از استعلام از بیمه به ناظر قرارداد اعلام خواهد شد)
۶. اطلاعات مورد نیاز بیمه تکمیلی خود را از سایت WWW.Matnara.ir جستجو نمائید

توجه : تکمیل کلیه اطلاعات خواسته شده در جدول ضروری می باشد

ردیف	نام	نام خانوادگی	جنسیت	نام پدر	شماره شناسنامه	محل صدور	تاریخ تولد روز/ماه/سال	نسبت با بیمه شده اصلی	کد ملی	بیمه شده اصلی	شماره بیمه نفر اصلی

با اطلاع کامل از شرایط اقدام به تکمیل فرم درخواست نموده و تمام اطلاعات مندرج فوق را تایید می نمایم.

اینجانب

امضاء :

تاریخ :