



بسمه تعالی



فرم تقاضای بیمه تکمیلی خانه سینما توسط بیمه سرمد تحت خدمات SOS

۹۸/۳/۳۱ الی ۹۷/۴/۱



با عنایت به نقش بسزایی که اطلاعات در برنامه ریزی و ارائه خدمات بیمه درمان مازاد ( تکمیلی ) دارد، در صورتیکه متقاضی عضویت در بیمه درمان مازاد می باشید اطلاعات خود و افراد تمت تکفل یا غیر تمت تکفل خود را به صورت دقیق و کامل تمویل دفتر صنف متبوع خود فرمایید.

اطلاعات شفص همکار (عضو صنف) شماره (.....) شماره نظام سینمایی (.....)					
نام و نام خانوادگی:		نام پدر:		تاریخ تولد: روز ماه سال	
شماره شناسنامه:				کد ملی:	
شماره مساب ..... بانک..... شماره شبا..... (متعلق به عضو اصلی فانه سینما) هزینه های درمانی افراد تمت تکفل به مساب اعلام شده فرد اصلی صورت میپذیرد. و امکان تغییر شماره شبا در طی دوره وجود ندارد.					
آدرس محل سکونت:					
تلفن ثابت:				تلفن همراه:	

نام و نام خانوادگی	تاریخ تولد	شماره شناسنامه	کد ملی	نام پدر	تکفل قانونی
۱-	۱۳...../...../.....				
۲-	۱۳...../...../.....				
۳-	۱۳...../...../.....				
۴-	۱۳...../...../.....				
۵-	۱۳...../...../.....				
۶-	۱۳...../...../.....				

موکدا تاکید می شود: افراد غیر تمت تکفل شامل پدر و مادر عضو اصلی و همسر و فرزندان بانوان. به صورت آزاد می توانند ثبت نام کنند. لذا از ثبت نام افرادی همچون خواهر، برادر، پدر بزرگ، مادر بزرگ، مادر زن یا پدر زن و ... جدا خودداری گردد. (فرزندان ذکور تا سن ۲۵ سالگی دانشمویان با ارائه گواهی اشتغال به تحصیل تا سن ۳۰ سال و فرزندان دفتر به شرط نداشتن همسر. فرزندان معلول ذهنی و جسمی بدون محدودیت سنی

**\*\*\*مذف یا اضافه افراد تمت تکفل پس از پایان مهلت ثبت نام امکان پذیر نمیباشد\*\*\***

مدارک فوق ارائه میگردد:

- ۱- کپی کارت ملی و شناسنامه (صفحه اول و صفحه ازدواج و فرزند) فرد اصلی و تمت تکفل
- ۲- ارائه کپی صفحه اول دفترچه بیمه فرد اصلی و تمت تکفل
- ۳- ارائه اصل و کپی فیش بانکی ( برای هر نفر یک فیش به نام فرد)

اصفا عضو اصلی فانه سینما

صمت مندرجات فوق مورد تایید است.

مدیریت صنف .....

شرح تعهدات	سقف تعهدات	فرانشیز و توضیحات
هزینه های بیمارستانی و اورژانس (جراحی های تخصصی)	بدون سقف	۲۰٪
هزینه های بیمارستانی (درمان طبی و سایر اعمال جراحی)	بدون سقف	۲۰٪
هزینه بیمارستانی (هزینه زایمان طبیعی و عمل سزارین و نازایی)	۴۰/۰۰۰/۰۰۰	۲۰٪
<b>هزینه های پاراکلینیکی و آزمایشگاه</b>	بدون سقف	۲۰٪
فیزیوتراپی ، کاردرمانی، گفتاردرمانی، و توانبخشی	۳۰/۰۰۰/۰۰۰	۲۰٪
لیزیک چشم (هزینه رفع عیوب انکساری دید دو چشم ( با نقص بینایی هر چشم ۳ دیوپتر یا بیشتر ) برای هر چشم نصف سقف مندرج)	۳۰/۰۰۰/۰۰۰	۲۰٪
عینک و لنز طبی	۳/۵۰۰/۰۰۰	۲۰٪
دندان پزشکی ( به استثناء هزینه های مربوط به ارتودنسی ، ایمپلنت ، و اعمال زیبایی و جراحی لثه)	۱۰/۰۰۰/۰۰۰	۲۰٪
هزینه های ویزیت و دارو	۳/۵۰۰/۰۰۰	۲۰٪
آمبولانس (در طول مدت قرارداد)	داخل شهر ۱/۵۰۰/۰۰۰ ر خارج شهر ۳/۰۰۰/۰۰۰	۲۰٪
سمعک	۱۰/۰۰۰/۰۰۰	۲۰٪
عمر و حوادث ( برای افراد اصلی) فوت و نقص عضو	۲۰۰/۰۰۰/۰۰۰	

**\*\*\*منظور از بدون سقف در جدول تعهدات ، بدون محدودیت در تعدد استفاده از این تعهدات میباشد و نه مبلغ آن**

**مبلغ حق بیمه درمان برای عضو اصلی و افراد تحت تکفل قانونی سالیانه ۸۰۰/۰۰۰/ریال و عمر ۳۰۰/۰۰۰ ریال (به صورت اجباری) فقط برای عضو اصلی می باشد. بیمه عمر شامل افراد بالای ۷۰ سال نمی شود.**

**شماره حساب ۱۴۱۱۷۲۷۵۳۹ بانک ملت شعبه بهار جنوبی به نام خانه سینما.**

**فقط دارندگان بیمه پایه (خانه سینما)، تامین اجتماعی خویش فرما و بیمه سلامت مشمول بیمه تکمیلی می شوند.**

**بیماران خاص مدارک مربوط به بیماری خود را هنگام ثبت نام ارائه دهند.**

**مدت ارائه فاکتورها جهت دریافت خسارتهای درمانی ۳ ماه میباشد.**