

## فرم تقاضای بیمه درمان SOS (کمک رسان ایران) صنوف سینمایی

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 تحت تکفل خود را به صورت دقیق و کامل تحویل خانم دائمی نمایید.

اطلاعات شخص همکار (عضو صنف .....): شماره نظام سینمایی:.....	
نام و نام خانوادگی:	نام پدر:
شماره شناسنامه:	کد ملی:
شماره کارت بانکی: ترجیحاً ملت یا پاسارگارد:	
آدرس محل سکونت:	
تلفن ثابت:	تلفن همراه:

## اطلاعات اعضای تحت تکفل:

نام و نام خانوادگی	نام پدر	تاریخ تولد	شماره شناسنامه	کد ملی	بیمه اول	نسبت
		۱۳...../...../.....				
		۱۳...../...../.....				
		۱۳...../...../.....				
		۱۳...../...../.....				
		۱۳...../...../.....				
		۱۳...../...../.....				

موکدا تاکید می شود: افراد تحت تکفل تنها شامل پدر و مادر عضو اصلی و همسر و فرزندان می باشد. لذا از ثبت نام افرادی همچون خواهر، پدربزرگ، مادربزرگ، مادر زن یا پدر زن و ... جدا خودداری گردد. (فرزندان پسر تا سن ۲۲ سالگی (به غیر از دانشجویان) و فرزندان دختر تا قبل از ازدواج می توانند تحت تکفل قرار گیرند)

شماره فیش: مبلغ: بانک: شعبه:

مبلغ حق بیمه برای عضو اصلی سالیانه ۱/۲۰۰/۰۰۰ ریال (باضافه ۳۰۰/۰۰۰ ریال سالانه برای بیمه عمر و حوادث به ازای هر نفر اصلی). (حداکثر سن برای پرداخت بیمه عمر ۷۰ سال تمام می باشد).

مبلغ حق بیمه برای افراد تحت تکفل سالیانه ۲/۰۰۰/۰۰۰ ریال

شماره حساب ۱۴۰۷۷۷۰۸۱۶ بانک ملت شعبه بهار جنوبی به نام خانه سینما

- ارائه کپی کارت ملی و شناسنامه (صفحه اول و دوم) بیمه شده اصلی
- ارائه کپی کارت ملی و شناسنامه (صفحه اول و دوم) افراد تحت تکفل
- ارائه کپی صفحه اول دفترچه بیمه با تاریخ معتبر
- ارائه اصل و کپی فیش بانکی - برای هر نفر یک فیش

صحت مندرجات فوق مورد تایید است.

مدیریت صنف:.....

پوشش های بیمه ای (تعهدات)

ردیف	شرح تعهدات	سقف تعهدات	فرانشیز و توضیحات
۱	هزینه های بیمارستانی (درمان طبی و سایر اعمال جراحی)	۱/۰۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۲۰٪
۲	هزینه های بیمارستانی و اورژانس (جراحی های تخصصی)	۱/۰۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۲۰٪
۳	هزینه های بیمارستانی (هزینه زایمان طبیعی و عمل سزارین و نازایی)	۴۰/۰۰۰/۰۰۰	۲۰٪
۴	هزینه های پاراکلینیکی و آزمایشگاه	بدون سقف	۲۰٪
۵	لیزیک چشم (هزینه رفع عیوب انکساری دید دو چشم) با نقص بینایی هر چشم سه دیوپتر یا بیشتر (برای هر چشم نصف سقف مندرج)	۳۰/۰۰۰/۰۰۰	۲۰٪
۶	فیزیوتراپی، کاردرمانی، گفتار درمانی، توانبخشی	۳۰/۰۰۰/۰۰۰	۲۰٪
۷	عینک و لنز طبی	۱/۰۰۰/۰۰۰	۲۰٪
۸	دندان پزشکی (به استثنا هزینه های مربوط به ارتدسنسی، ایمپلنت، دست دندان و اعمال زیبایی) هر نفر	۵/۰۰۰/۰۰۰	۲۰٪
۹	هزینه های ویزیت و دارو (مازاد بر سهم بیمه گر اول)	۲/۰۰۰/۰۰۰	۲۰٪
۱۰	آمیولانس (در طول مدت قرارداد)	داخل شهر ۱/۵۰۰/۰۰۰ خارج شهر ۳/۰۰۰/۰۰۰	۲۰٪
۱۱	سمعک	۵/۰۰۰/۰۰۰	۲۰٪
۱۳	اروتز	۳۰/۰۰۰/۰۰۰	۲۰٪
۱۳	پروتز (به غیر از اعمال زیبایی)	۳۰/۰۰۰/۰۰۰	۲۰٪