



**شماره شبا سرپرست ( با هدف تسریع در پرداخت خسارت درمانی خواهشمند است از فعال بودن حساب بانکی اعلامی اطمینان حاصل نمائید)**

حساب شبای بیمه شده اصلی	I	R																		
-------------------------	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

لطفا از ارائه شماره حساب مربوط به بانکهای **مسکن، سپه و بانک کشاورزی** خودداری نمائید. در صورت اعلام شماره حساب بانکهای اعلامی و عودت وجوه مربوط به خسارتها این شرکت مسئولیتی را عهده دار نمی باشد.

\* تلفن همراه بیمه شده اصلی(جهت تماس ضروری): ..... تماس مجازی : (تشکیل گروه همکاری) .....

نام شهرستان: ..... شماره عضویت سازمان نظام مهندسی ساختمان استان آذربایجان غربی: .....

شروع بیمه نامه: ۱۴۰۳/۰۷/۰۱ پایان بیمه نامه: ۱۴۰۴/۰۷/۰۱ آخرین مهلت ثبت نام: ۱۴۰۳/۰۸/۳۰

\* برای ثبت نام در شهرستان ها به محل سازمان و در ارومیه به ساختمان مرکزی سازمان نظام مهندسی ساختمان استان آذربایجان غربی و یا دفتر مرکزی شرکت به آدرس تقاطع خیابان های امینی و ۲۲ بهمن ( دره چائی) **طبقه دوم** ساختمان امید **واحد ۳** (طبقه فوقانی فروشگاه جانبو) مراجعه فرمائید.

توضیحات:

- ارائه کپی کارت ملی برای کلیه بیمه شدگان الزامی است.
- بیمه گر تعهد می نماید پوشش همسر و فرزندان کارکنان انات و پوشش پدر و مادر غیر تحت تکفل بدون شرایط سنی را نیز با حق بیمه یکسان تحت پوشش قرار دهد.
- خانواده : منظور از خانواده عبارتست از هر یک از کارکنان شاغل در خدمت بیمه گذار بعنوان سرپرست خانواده و همسر یا همسران دائمی و فرزندان مجرد وی یا هر فرد دیگری که قانوناً تحت تکفل بیمه شده اصلی باشد.
- کلیه کارکنان مونت می توانند همسر و تمامی فرزندان خود را همانند سایر بیمه شدگان با پرداخت حق بیمه یکسان صرفاً در ابتدای قرارداد بیمه نمایند.
- شرایط سنی افراد تحت تکفل:

  - فرزندان ذکور مجرد تحت تکفل تا سن ۲۳ سال تمام به شرط عدم اشتغال به کار
  - فرزندان ذکور مجرد تحت تکفل در صورت اشتغال به تحصیل تمام وقت دانشگاهی تا سن ۲۵ سال تمام
  - دانشجویان مقطع دکترا تا سن ۲۶ سال تمام با ارائه گواهی اشتغال به تحصیل
  - فرزندان انات تا زمان ازدواج و یا اشتغال به کار
  - فرزندان مونت مطلقه تا زمان رجوع و یا ازدواج مجدد بشرط عدم اشتغال بکار

- ادامه پوشش بیمه ای به بازماندگان متوفی و افرادی که درطول مدت قرارداد بازنشسته و یا از کار افتاده می شوند به همراه اعضا، تحت پوشش به شرط پرداخت حق بیمه متعلقه تا پایان قرارداد به حال و قوت خود باقی خواهد بود.
- در صورت استفاده از پوشش های بیمه ای حق بیمه بیمه شدگان بدلیل اعلام انصراف آنها از ادامه قرارداد، قابل برگشت نبوده و تا پایان قرارداد دریافت میگردد.
- هرگونه افزایش به لیست پس از مهلت مقرر در ماده فوق صرفاً شامل افراد جدید الاستخدام ، انتقالی ، مامورین ، نوزادان ( ۳۰ روز پس از تولد ) و ازدواج در طول مدت قرارداد خواهد بود که می بایست مستندات آن (مانند حکم استخدام ،تصویر شناسنامه و...) ازسوی بیمه گذار حداکثر ظرف مدت ۳۰ روز از تاریخ استخدام ، تولد و... طی نامه کتبی و معتبر برای بیمه گر ارسال گردد
- کاهش بیمه شدگان در طول مدت قرارداد صرفاً شامل افراد فوتی می باشد که با ارائه مدارک مثبتیه طی نامه کتبی و معتبر میسر خواهد بود.
- شروع پوشش بیمه ای بیمه شدگان جدید اولین روز هر ماه بعد از اعلام کتبی بیمه گذار و در مورد حذف بیمه شدگان زمان مؤثر همان تاریخ قطع همکاری بیمه شده با بیمه گذار می باشد همچنین حق بیمه های برگشتی (مشروط به عدم دریافت خسارت) نیز از اولین روز ماه بعد از اعلام کتبی بیمه گذار محاسبه خواهد شد و حق بیمه ناشی از تغییرات در تعداد بیمه شدگان (اعم از افزایش یا کاهش ) بصورت ماهانه مورد محاسبه قرار میگیرد ، بدیهی است هنگام حذف بیمه شده به هردلیل قانونی حق بیمه تا پایان ماه محاسبه میگردد.
- شرایط پرداخت هزینه های دندانپزشکی به شرح ذیل می باشد:
- در مورد خدمات درمان ریشه دندان (عصب کشی)، روکش، انواع پروتز، ایمپلنت، ارتودنسی، ترمیم چند سطحی ۴ دندان و بیشتر و جراحی های دندان در نسج نرم و سخت ارائه رادیوگرافی (عکس دندان) قبل و بعد از انجام درمان الزامی است.
- پرداخت هزینه های سرپایی یا دستور پزشک متخصص و فاکتور ارائه شده قابل پرداخت می باشد.
- مدارک لازم جهت پرداخت هزینه عینک : دستور پزشک متخصص یا اپتومتریست + پرینت نمره چشمی + فاکتور رسمی (در مواقع خاص بنا به تشخیص کارشناس پرونده روی عینک و تایید پزشک معتمد ضروری می باشد)
- مدارک لازم جهت پرداخت هزینه های پاراکلینیکی : فاکتور معتبر ،کپی جواب مربوطه
- مهلت تحویل مدارک هزینه های درمانی: پاراکلینیکی، بیمارستانی ۵ ماه از تاریخ انجام هزینه های مربوطه در طول مدت اعتبار قرارداد و ۴ ماه پس از انقضای قرارداد خواهد بود.
- کلیه اعضا خانواده با حق بیمه یکسان و بدون لحاظ شرط سنی تحت پوشش می باشند .
- بیمه نامه فاقد دوره انتظار می باشد.
- فرانشیز بیمه نامه ۱۰ درصد می باشد .
- بیمه شدگان می توانند پدر و مادر خود را با حق بیمه یکسان و بدون لحاظ شرط سنی تحت پوشش بیمه نامه درمان تکمیلی قرار دهند.

\* \*\* مبنای محاسبه و پرداخت هزینه های درمانی **دو برابر** تعرفه مصوب سندیکای بیمه گران و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی خواهد بود.

**تسهیلات سایر رشته های بیمه ای**

زمان اتمام بیمه نامه های قبلی [ خودرو (نالت) ..... خودرو (بدنه) ] .....

- صدور بیمه نامه بدنه با تخفیف ویژه نقدی مختص سازمان نظام مهندسی استان آذربایجان غربی و اعمال تخفیف بیمه نامه شخص ثالث
- صدور بیمه شخص ثالث خودرو بدون پیش پرداخت و طی ۱۰ قسط متوالی با ارائه یک فقره چک ضمانت
- صدور بیمه بدنه خودرو بدون پیش پرداخت و طی ۱۰ قسط متوالی با ارائه یک فقره چک ضمانت و ۵۰ درصد تخفیف گروهی
- صدور بیمه نامه آتش سوزی منازل مسکونی و تجاری و صنعتی و مرهونات بانکی با ۷۰ درصد تخفیف
- صدور بیمه نامه مسئولیت حرفه ای پیرایشگران با اعمال ۷۰ درصد تخفیف گروهی و صدور بیمه نامه مسئولیت حرفه ای پزشکان با اعمال ۵۰ درصد تخفیف گروهی
- صدور بیمه های حوادث انفرادی با ۴۰ درصد تخفیف گروهی
- صدور بیمه های مسافرتی تا ۷۰ درصد تخفیف
- صدور بیمه نامه های عمر و سرمایه گذاری با اعمال تخفیف گروهی
- صدور بیمه های مسئولیت مدنی کارفرما در قبال کارکنان با ارائه همراه پوشش های اضافی ویژه و انحصاری

اینجانب ..... درخواست صدور بیمه نامه آتش سوزی  مسافرتی  عمر و سرمایه گذاری  را دارم.

تلفن: ..... امضاء

مبلغ حق بیمه می بایست به شماره حساب ۴۴۵۰۰۰۳۸۰ بانک ملت با شناسه واریز ۹۰۳۰۰۰۰۱۹۸۹۴۸۸۱۱۱ بنام شرکت بیمه سینا واریز گردد.( پرداخت حق بیمه بصورت نقدی و اقساطی می باشد.)  
در صورت پرداخت اقساطی ۳۰ درصد حق بیمه به مبلغ ۳۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال بصورت نقدی و الباقی به صورت ۳ فقره چک با سر رسید های ۱۴۰۳/۱۰/۰۱ و ۱۴۰۴/۰۱/۰۶ و ۱۴۰۴/۰۲/۲۵ به مبلغ ۲۴/۰۰۰/۰۰۰ ریال در وجه شرکت بیمه سینا با شناسه ملی ۱۰۱۰۲۵۲۹۰۰۶ ثبت و تحویل می گردد.

شماره تماس رابط بیمه ای مستقر در سازمان جهت ارائه خدمات بیمه ای:

سرکار خانم جانعمو ۰۹۱۴۰۴۴۶۷۱۰