

شرکت بیمه سینا
(سای ۴۸)

تاریخ: ۸۹/۸/۱۶
شماره: ۵۰۰۰۰۰۰۰
پیوست: ۱

جناب آقای دکتر نعمانی

با سلام

احتراماً پیرو جلسه حضوری مورخ ۸۹/۸/۱۶ با جنابعالی و آقای دکتر طلوعی
معاونت محترم اداری و مالی دانشکده پزشکی جدول تعهدات و خدمات این
شرکت جهت استحضار بشرح ذیل بحضورتان ایفاد میگردد:

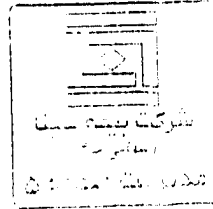
۱- پرداخت هزینه های آمبولانس داخل شهر ۳۰۰,۰۰۰ ریال و خارج شهر
۶۰۰,۰۰۰ ریال

۲- پرداخت هزینه های آزمایش - فیزیوتراپی و رادیولوژی از محل
پاراکلینیکی (۱)

۳- پرداخت سریع و در محل هزینه های درمانی

۴- فرانشیز سهم بیمه شده ۳۰٪ اعلام میگردد.

با تشکر
ارسلان بیات
مدیر منطقه ۵



جدول نرخ و شرایط بیمه گروهی مزاد درمان بر اساس آخرین مصوبات شورای عالی بیمه

ردیف	حداکثر سقف تعهدات	حداکثر سقف تعهدات	حداکثر سقف هزینه های	حداکثر سقف هزینه های مربوط به تست ورزش - نوار غشله - نوار عصب و... برای هر نفر در سال	حداکثر سقف هزینه های پاراکلینیکی برای هر نفر در سال	حداکثر سقف تعهدات زایمان اعم از طبیعی و سزارین	حداکثر سقف تعهدات سالانه بابت جبران هزینه های بستری و جراحی در بیمارستان	حداکثر سقف تعهدات سالانه برای اعمال جراحی مغز و اعصاب (باستثناء دیسک ستون فقرات) قلب - پیوند کلیه - ریه - کبد و مغز استخوان حداکثر تا دو برابر مبلغ تعهد ردیف الف برای هر نفر در سال	عیوب انکساری فقط به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر	جمع کل
۱۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲,۵۰۰,۰۰۰	۲,۵۰۰,۰۰۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۷۱,۹۷۲

از سوی ریاست



فرم مشخصات پرسنل و افراد تحت تکلفشان جهت بیمه تکمیلی

الف - مشخصات نفر اصلی (کارمند)

نام	نام خانوادگی	نوع استخدام	نام پدر	تاریخ تولد			شماره شناسنامه	کد ملی	شماره دفترچه بیمه شده	نوع بیمه	
				روز	ماه	سال				خدمات درمانی	تامین اجتماعی

ب- مشخصات افراد تحت تکفل (بیمه شده) نفر اصلی :

ردیف	نام	نام خانوادگی	نام پدر	شماره شناسنامه	کد ملی	شماره دفترچه بیمه	نسبت	تاریخ تولد		
								روز	ماه	سال
۱										
۲										
۳										
۴										
۵										
۶										
۷										

صحت موارد فوق مورد تایید اینجانب میباشد. نام و نام خانوادگی کارمند :

امضاء :

نام و نام خانوادگی مسئول مرکز :

مهر و امضاء :