

فرم ثبت نام طرح جامع حمایت وکلای دادگستری

مشخصات پیمہ شدہ اصلی (سرپرست خانوار)

نام: نام خانوادگی: کد ملی:

نام پدر: تاریخ تولد: / / شماره شناسنامه: شماره تلفن ثابت:

..... شماره پروانه وکالت : شماره تلفن همراه :

..... آدرس محل سکونت :

کد پستی : طرح انتخابی : طرح ۱ (ممتاز) : ☐ طرح ۲ (اقتصادی) : ☐

آیا تحت پوشش بیمه پایه می باشید؟ ☐ بله ☐ خیر در صورت مثبت بودن پاسخ نام بیمه گر پایه را ذکر فرمائید

آیا سال گذشته تحت پوشش بیمه درمان تکمیلی بوده اید؟ ☐ بله ☐ خیر در صورت مثبت بودن پاسخ نام شرکت بیمه گر را ذکر فرمائید.....

سوالی و جوابی

نام بانک: (لطفا شماره ۲۴ رقمی شبا حساب پی‌م‌ه شده اصلی را صحیح و با دقت مرقوم فرمایید)

..... شماره حساب:

I

R

شماره شب:

(بیمه شده اصل)

اصلاحات حساب خزانہ

مشخصات افراد تحت تکفل

نسبت	نام	نام خانوادگی	کد ملی	نام پدر	شماره شناسنامه	تاریخ تولد	جنسیت
همسر							
فرزندان							
پدر							
مادر							

پوشش های بیمه ای طرح تامین وکلا

بیمه درمان تکمیلی + بیمه زندگی (تا ۷۰ سال) + بیمه عمر (تا ۷۰ سال) و حوادث (تا ۷۵ سال)

اینجانبعضو صندوق حمایت وکلا و کارگشایان دادگستری، به عنوان بیمه شده اصلی به همراه افراد تحت تکفل به شرح فوق الذکر با تکمیل این فرم که به منزله فرم پیشنهاد بیمه می باشد صحت تمامی موارد فوق الذکر را اعلام می دارم و با اطلاع کامل از شرایط، حق بیمه ها و پوشش های بیمه نامه های طرح تامین وکلا، متقاضی ثبت نام در این طرح می باشم.

نام و نام خانوادگی / تاریخ / امضاء

شرایط و قوانین ثبت نام بیمه درمان تکمیلی بیمه دی ویژه وکلای دادگستری سراسر کشور - سال ۱۴۰۵

در راستای تأمین رفاه حداکثری اعضای محترم صندوق حمایت وکلا و کارگشایان دادگستری و کانون های وکلای دادگستری سراسر کشور **طرح جامع حمایت وکلا** در قالب دو طرح "ممتاز" و "اقتصادی" شامل: بیمه درمان تکمیلی، بیمه زندگی، بیمه عمر و حوادث به اعضای محترم ارائه میگردد.

"شرکت بیمه دی" خدمات این طرح را به صورت شبانه روزی و آنلاین با بهره مندی از حدود ۱۳۰۰۰ مرکز درمانی طرف قرارداد در سراسر کشور ارائه می نماید.

شرایط و قوانین ثبت نام:

۱- بیمه شده اصلی مکلف است افراد تحت تکفل خود (همسر و فرزندان) را بطور هم زمان در ابتدای مدت بیمه برای اخذ پوشش معرفی کند بیمه شده اصلی (آقا یا خانم وکیل دارای پروانه وکالت معتبر) میتواند به تنهایی متقاضی بیمه درمان تکمیلی باشد ولی در صورت اضافه نمودن افراد خانواده، کلیه افراد می بایست تحت پوشش قرار گیرند و امکان انتخابی بودن افراد خانواده وجود ندارد.

در صورتی که هر یک از افراد تحت تکفل بر اساس مدارک، بیمه تکمیلی معتبر داشته باشند پوشش آنان الزامی نیست (ارائه مستندات معتبر از شرکت بیمه مربوطه الزامی می باشد).

۲- والدینی که تحت تکفل قانونی بیمه شده اصلی می باشند میتوانند از پوشش این بیمه برخوردار گردند. (تحت کفالت بودن والدین منوط به ارائه بیمه پایه یکسان (به تبع بیمه شده اصلی) می باشد.

والدین غیر تحت تکفل تحت پوشش نمی باشند

۳- فرزندان پسر حداکثر تا ۲۰ سالگی تمام و در صورت اشتغال به تحصیل حداکثر تا ۲۵ سال تمام به شرط مجرد بودن و عدم اشتغال به کار و فرزندان دختر تا زمان ازدواج میتوانند تحت پوشش این قرارداد قرار گیرند.

۴- دوره انتظار جهت استفاده از پوشش زایمان ۹ ماه تمام و جراحی ها (عمومی، تخصصی، نازایی، رفع عیوب دید) ۳ ماه تمام می باشد. بیمه شدگانی که سال گذشته تحت پوشش بیمه درمان تکمیلی بوده اند و به صورت پیوسته ثبت نام خود را تمدید می نمایند مشمول دوره انتظار نمی باشند.

۵- مهلت تحویل مدارک بیمارستانی حداکثر ۳ ماه و مدارک سرپایی و پاراکلینیکی حداکثر ۲ ماه از تاریخ هزینه می باشد. لذا پس از انقضا این مهلت، مدارک عودت شده و شرکت بیمه گر هیچ گونه تعهدی درخصوص پرداخت خسارت ندارد.

۶- در صورت مراجعه به مراکز درمانی طرف قرارداد با بیمه دی و استفاده از معرفی نامه سهم بیمه مکمل بصورت **آنی** با مرکز درمانی تسویه می گردد و در صورت مراجعه به مراکز درمانی غیر طرف قرارداد با بیمه دی و یا عدم استفاده از معرفی نامه کلیه هزینه ها طبق تعرفه های مصوب وزارت بهداشت و مراجع ذیصلاح محاسبه و پرداخت می گردد.

۷- در صورت استفاده از سهم بیمه پایه تامین اجتماعی، بیمه سلامت و ... (معادل فرانشیز)، فرانشیز از هزینه های درمانی کسر نخواهد شد و مابه التفاوت تا سقف پوشش خریداری شده، با رعایت تعرفه های مصوب مربوطه پرداخت می گردد.

۸- هزینه های غیر قابل پرداخت (بیماری های مزمن و مسبوق به سابقه) شامل: ۱- جراحی اسلیو و بای پس معده ۲- تعویض مفاصل ۳- اعمال جراحی که به منظور زیبایی انجام می گیرد ۴- هزینه های درمانی مربوط به معلولیت ذهنی و جسمی و جنون ۵- عینک، کفش طبی، کمربند طبی ۶- انواع دفرمیتی (ناهنجاریهای استخوانی) در هر جای بدن ۷- لوازم آرایشی و بهداشتی ۸- اعمال غیر مجاز در مطب ۹- حوادث ورزشی و حوادث رانندگی ۱۰- هزینه زیر میزی پزشکان و هزینه های خارج از تعرفه ۱۱- داروهای تقویتی، مکمل، داروهای پوست و مو و زیبایی و ویتامین ها ۱۲- داروهای درمان چاقی، ضد اشتها و چربی سوزی و لاغری ۱۳- هرگونه جراحی مربوط به تاندون در هر جای بدن ۱۴- آزمایشات ژنتیک با جنبه پیشگیری

۹- صدور معرفی نامه در مراکز درمانی طرف قرارداد به صورت آنلاین با ارائه (کارت ملی بیمه شده) و ارائه (بیمه پایه) امکان پذیر می باشد.

۱۰- نوزادان حداکثر ظرف مدت ۳۰ روز از تاریخ تولد با ارائه شناسنامه تحت پوشش قرار می گیرند.

تاریخ شروع قرارداد دوره اول از ۱۴۰۵/۰۵/۰۱ و تاریخ شروع دوره دوم از تاریخ ۱۴۰۵/۰۹/۱۵ به مدت یکسال می باشد.

کلیه موارد فوق الذکر مورد تایید و پذیرش اینجانب..... می باشد. تاریخ / امضاء