

شرایط و قوانین ثبت نام بیمه درمان تکمیلی بیمه دی ویژه وکلای دادگستری سراسر کشور - سال ۱۴۰۴

در راستای تأمین رفاه حداکثری اعضای محترم صندوق حمایت وکلا و کارگشایان دادگستری و کانون های وکلای دادگستری سراسر کشور **طرح تامین وکلا** در قالب دو طرح شامل: **بیمه درمان تکمیلی + بیمه زندگی (مکمل بازنشستگی) + بیمه عمر و حوادث** به اعضای محترم ارائه می گردد. "**شرکت بیمه دی**" خدمات این طرح را به صورت شبانه روزی و آنلاین با بهره مندی از حدود ۱۲۰۰۰ 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 همزمان 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).

۳- 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.

۴- 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 میگردد و در صورت مراجعه به مراکز درمانی غیر طرف قرارداد با بیمه کارآفرین و یا عدم استفاده از معرفی نامه کلیه هزینه ها طبق تعرفه مصوب وزارت بهداشت محاسبه و پرداخت می گردد.

۵- در صورت استفاده از سهم بیمه گر پایه (تامین اجتماعی، سلامت، خدمات درمانی و ...) فرانشیز از هزینه های درمانی کسر نمی گردد و در صورت عدم استفاده از سهم بیمه گر پایه تمامی هزینه ها **طبق تعرفه مصوب وزارت بهداشت و درمان** و با کسر فرانشیز محاسبه و پرداخت می گردد.

۶- فرزندان پسر حداکثر تا ۲۲ سالگی تمام و در صورت اشتغال به تحصیل دانشگاهی حداکثر تا ۲۶ سال تمام و فرزندان دختر تا زمان ازدواج میتوانند تحت پوشش این قرارداد قرار گیرند.

۷- پوشش نوزاد از بدو تولد حداکثر ظرف مدت ۳۰ روز از تاریخ تولد با داشتن مدارک شناسایی الزامی می باشد.

۸- 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 در خصوص پرداخت خسارت ندارد.

۹- **هزینه های غیر قابل پرداخت** 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 ۱۵- جبران هزینه های درمانی بیماران خاص حداکثر تا سقف تعهدات طرح ۲ تحت پوشش می باشد.

۱۱- تاریخ شروع قرارداد دوره اول از **۱۴۰۴/۰۵/۰۱** و تاریخ شروع دوره دوم از تاریخ **۱۴۰۴/۰۹/۱۵** به مدت یکسال می باشد.

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