

شرایط ثبت نام طرح تامین وکلا

ویژه وکلای محترم دادگستری سراسر کشور - سال ۱۴۰۱



"سلامتی سرمایه است و بیمه اولویتی برای مراقبت از آن"

در راستای تأمین رفاه حداکثری اعضای محترم صندوق حمایت و کانون وکلای دادگستری سراسر کشور، طرح تامین وکلا در قالب دو طرح طلایی و نقره ای به متقاضیان ارجمند ارائه میگردد. "شرکت بیمه کارآفرین" خدمات این طرح را به صورت شبانه روزی و آنلاین در سراسر کشور ارائه می نماید.

پوشش های طرح تامین وکلا:

طرح طلایی شامل:

بیمه درمان تکمیلی (بدون سقف) + بیمه عمر و سرمایه گذاری (مکمل بازنشستگی) + بیمه آتش سوزی + بیمه عمر و حوادث طرح نقره ای شامل:

بیمه درمان تکمیلی (بدون سقف) + بیمه عمر و سرمایه گذاری (مکمل بازنشستگی)

حق بیمه طرح

طرح طلایی: حق بیمه سالانه به ازای هر نفر مبلغ ۴۹/۰۰۰/۰۰۰ ریال

طرح نقره ای: حق بیمه سالانه به ازای هر نفر مبلغ ۳۲/۰۰۰/۰۰۰ ریال

"بیمه شدگان محترم تنها با پرداخت یک حق بیمه سالانه از کلیه پوشش های طرح به صورت هم زمان بهره مند میگردند"

شرایط بیمه درمان تکمیلی

۱- بیمه شده اصلی مکلف است افراد تحت تکفل خود 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 وجود ندارد. در صورتیکه افراد تحت تکفل بیمه شده اصلی تحت پوشش بیمه تکمیلی سایر شرکت های بیمه گر قرار دارند ارائه مدارک و گواهی معتبر از آن شرکت 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) و یا ارائه حکم دادگاه می باشد).

۳- بیمه شدگانی که سال گذشته تحت پوشش بیمه درمان تکمیلی شرکت بیمه رازی بوده اند و به صورت پیوسته ثبت نام خود را تمدید می نمایند مشمول دوره انتظار نمی باشند. در غیر اینصورت برای بیمه شدگان جدید ۶ ماه دوره انتظار جهت زایمان و انجام درمان نازایی و نابرابری و برای بیماری های مزمن (مسبق به سابقه) ۳ ماه دوره انتظار لحاظ می گردد.

۴- در صورت مراجعه به مراکز درمانی طرف قرارداد با بیمه کارآفرین 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 وزارت بهداشت محاسبه و پرداخت می گردد.

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

۶- فرانشیز بیمه درمان تکمیلی برای بیمه شده اصلی و همسر و فرزندان ۲۰٪ و برای پدر و مادر تحت تکفل ۳۰٪ میباشد.

۷- 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 می توانند تحت پوشش این قرارداد قرار گیرند.

۸- پوشش نوزاد از بدو تولد به شرط اعلام به بیمه گر حداکثر ظرف مدت ۲۰روز از تاریخ تولد با داشتن مدارک شناسایی و بلامانع می باشد.

۹- مهلت تحویل مدارک بیمارستانی حداکثر ۳ماه 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.

۱۰- موارد غیر قابل پرداخت (بیماری های مزمن و مسبوق به سابقه) شامل: جراحی فک / اسلیو معده / بای پس معده / تعویض مفصل / بیماریهای مزمن قلبی و عروقی / کولیت روده / جراحی های چاقی مفرط / ایدز / هیپاتیت / دیسک ستون فقرات / انواع سرطان / جراحی پلک (بلفارپلاستی) / جراحی انواع فتق / سنگ کیسه صفرا / اعمال جراحی که به منظور زیبایی انجام میگردد / هزینه های درمانی مربوط به معلولیت ذهنی و جسمی و از کار افتادگی کلی و جزئی / انحراف بینی / عیوب مادرزادی / هزینه اتاق خصوصی / هزینه همراه بیماران بین ۷ سال تا ۷۰ سال / جنون / جراحی لثه / لوازم بهداشتی و آرایشی / اعمال غیر مجاز در مطب / نزاع و درگیری / حوادث ورزشی / هزینه زیر میزی پزشکان / استثنائات مندرج در آیین نامه ۹۹ درمان / هرگونه هزینه ای که در جدول تعهدات ذکر نگردیده است

نبره ۱: چنانچه تاریخ شروع بیماریهای قلبی عروقی و یا انواع سرطان بعد از زمان ثبت نام بیمه شده باشد، تحت پوشش قرار می گیرند.

نبره ۲: بیمه شدگانی که سال گذشته تحت پوشش بیمه درمان تکمیلی بوده و به صورت پیوسته ثبت نام خود را تمدید می نمایند مشمول بند فوق نمی باشند.

سایر قوانین و شرایط:

۱- جهت مشاهده مراکز طرف قرارداد و شعب شهرستانها به وبسایت شرکت بیمه کارآفرین به آدرس

www.karafarin-insurance.ir مراجعه فرمایید.

۲- تاریخ شروع قرارداد از ۱۴۰۱/۰۵/۰۱ تا تاریخ ۱۴۰۲/۰۵/۰۱ به مدت یکسال می باشد.

۳- مهلت ثبت نام حداکثر تا پایان وقت اداری ۱۴۰۱/۰۶/۳۱ می باشد.

شرایط بیمه عمر و سرمایه گذاری (مکمل بازنشستگی):

بیمه شدگانی که سال گذشته تحت پوشش قرار داشتند و قرارداد بیمه درمان تکمیلی خود را تمدید می نمایند بیمه عمر ایشان نیز بصورت همزمان برای سال جاری با تعهدات زیر تمدید میگردد.

همچنین برای بیمه شدگانی که در سال جدید به قرارداد درمان تکمیلی اضافه می شوند بیمه نامه عمر و سرمایه گذاری با شرایط زیر صادر می گردد.

• پوشش فوت عادی • پوشش فوت حادثی • پوشش نقص عضو و از کارافتادگی • پوشش (بیماری های صعب العلاج) شامل:

۱. انفارکتوس قلبی (سکته) ۲. سکته مغزی ۳. انواع سرطان ۴. پیوند اعضای اصلی بدن ۵. جراحی عروق کرونری ۶. قرارداد فتر در عروق

کرونر (استنت) ۷. بازکردن تنگی های عروق کرونر توسط بالن ۸. جراحی دریچه های قلب ۹. قراردادن پیس میکر ۱۰. بیماری های نورو

های حرکتی ۱۱. نابینایی کامل ۱۲. ناشنوایی کامل ۱۳. پارکینسون ۱۴. آلزایمر و دمانس ۱۵. نارسایی حاد کلیوی / دیالیز ۱۶. ام اس ۱۷. کما
۱۸. مننژیت ۱۹. هیپاتیت ب ۲۰. هیپاتیت سی ۲۱. اچ آی وی/ایدز ۲۲. نارسایی کبد ۲۳. ترمیم دریچه قلبی ۲۴. جراحی آئورت قلب ۲۵. بیماری
ماهیچه قلب ۲۶. تومور خوش خیم مغزی ۲۷. آنمی آپلاستیک ۲۸. از دست دادن قدرت تکلم ۲۹. فلجی

شرایط بیمه آتش سوزی:

منازل مسکونی تمامی بیمه شدگان اصلی به مدت یکسال با شرایط زیر تحت پوشش قرار خواهد گرفت:

- سرمایه مورد بیمه ۲۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال
 - پوشش های حریق، صاعقه، انفجار، مسئولیت مالی در قبال همسایگان و هزینه پاکسازی
- مدت بیمه از تاریخ ۱۴۰۱/۰۵/۰۱ الی ۱۴۰۲/۰۵/۰۱ به مدت یکسال شمسی.

شرایط بیمه عمر و حوادث:

کلیه بیمه شدگان اصلی ۱ تا ۷۰ سال با سرمایه ۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال تحت پوشش بیمه عمر(فوت عادی) قرار خواهند گرفت.
کلیه بیمه شدگان اصلی ۱ تا ۷۵ سال با سرمایه ۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال تحت پوشش بیمه حوادث (فوت، نقص عضو و از کار افتادگی
دائم کلی و جزئی ناشی از حادثه) قرار خواهند گرفت.

روش های ثبت نام

۱- مراجعه حضوری به صندوق حمایت یا کانون های وکلای دادگستری سراسر کشور

۲- مراجعه به وبسایت: www.bimebaran.com

اطلاعات تماس:

دفتر کارگزاری رسمی بیمه مرکزی: خیابان آفریقا بالاتر از چهار راه جهان کودک، برج نگین، طبقه ۱۱، واحد ۱۱۰۴

تلفن تماس: ۰۲۱- ۸۸۸۸۸۱۰۰-۱۰۳

تلفن تماس واحد بیمه صندوق حمایت: ۲۶۴۱۲۵۶۶ و ۲۶۴۱۳۷۸۰

تلفن تماس کانون مرکز: ۸۴۰۰۱۱۵۶