

قابل توجه اعضایی که در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۲ بیمه تکمیل درمان دانا ثبت نام میکنند:

- ۱- افرادی که در قرارداد سال قبل این سازمان با بیمه کارآفرین بوده اند در قرارداد ۱۴۰۱-۱۴۰۲ بیمه دانا فاقد دوره انتظار می باشند. ولیکن افرادی که در لیست قرارداد سال قبل نبوده اند جهت استفاده از سقف تعهدات پوشش بستری، سه ماه دوره انتظارو برای استفاده از سقف تعهدات پوشش زایمان، ۶ ماه دوره انتظار دارند.
- ۲- در صورتی که ثبت نام شدگان بیش از ۱۰۰۰ نفر باشند دوره انتظار حذف میگردد.
- ۳- افرادی که تحت پوشش بیمه درمان با شرکت دانا در سایر قراردادها باشند در صورت استفاده از شرایط قرارداد سازمان با بیمه دانا میبایست از سایر قراردادها حذف گردند. قابل ذکر است قرارداد درمان با سایر شرکت های بیمه، مشمول این بند نمیگردند.
- ۴- برای افرادی که حساب بانکی ملت و تجارت دارند شماره حساب بانکی، سایر بانک ها، شماره شبا الزامی است.

به نام خدا

شرایط بیمه تکمیل درمان شرکت بیمه دانا (۱۴۰۱-۱۴۰۲)

*بیمه شدگان عبارتند از آن دسته از اعضاء و کارکنان بیمه‌گذار و هر تعداد از اعضاء خانواده ایشان که از طرف بیمه‌گذار به عنوان بیمه شده معرفی شده‌اند.

منظور از اعضاء خانواده همسر، فرزندان می‌باشند. سایر افراد تحت تکفل که به تبع بیمه شده اصلی دارای دفترچه بیمه بیمه‌گر پایه باشند نیز می‌توانند بیمه شوند.

فرزندان ذکور تا سن بیست و دو سال تمام و در صورت اشتغال به تحصیل تمام وقت دانشگاهی تا سن بیست و پنج سال تمام و فرزندان اناث تا هنگام ازدواج و یا اشتغال به کار بیمه می‌باشند. دانشجویان رشته پزشکی تا سن بیست و شش سال تمام بیمه میشوند. پوشش بیمه‌ای فرزندان ذکور که در شروع قرارداد مشمول بیمه شده‌اند تا پایان سال قرارداد ادامه خواهد داشت.

تذکر: ارائه پوشش بیمه‌ای به کارکنان با تابعیت غیر ایرانی تنها در صورتی قابل ارائه میباشد که دارای اقامت با حق کار مشخص بوده و پروانه کار دریافت نموده باشند.

*محاسبه حق بیمه برای افراد بالاتر از ۶۰ سال با زیر ۶۰ سال برابر خواهد بود.

*به هدف رسیدگی امور اجرایی قرارداد شرکت بیمه گر موظف است یک نفر مسئول فنی از ستاد بیمه‌گر را جهت پاسخگویی و حضور مستمر در جلسات کمیته بررسی پیشنهادات و شکایات محتمل بیمه‌گذار (حداقل دو ماه یکبار) به صورت کتبی معرفی نماید.

*مهلت تحویل مدارک درمانی پرسنل حداکثر تا ۶ ماه پس از انجام هزینه در طی مدت قرارداد و ۳ ماه پس از اتمام قرارداد می‌باشد و مهلت تحویل مدارک بیمارستانی و پاراکلینیکی جهت تسویه هزینه های انجام شده حداکثر ظرف مدت ۴ ماه تمام از تاریخ اتمام این قرارداد می‌باشد پس از انقضاء مدت مذکور بیمه‌گر تعهدی نسبت به پرداخت خسارت نخواهد داشت.

*افرادی که در طول مدت قرارداد می‌توانند به اعداد بیمه شده‌گان اضافه شوند عبارتند از همسر اعضاء تازه ازدواج کرده و افرادی که در اثناء سال بیمه ای تحت کفالت بیمه شده اصلی قرار خواهند گرفت، افراد جدید الاستخدام و اعضاء جدید سازمان به همراه خانواده هایشان با ارائه مستندات (منوط به اعلام کتبی بیمه گذار حداکثر ظرف یکماه پس از استخدام، عضویت، کفالت یا ازدواج) تاریخ موثر برای شروع پوشش بیمه ای نامبردگان از روز احراز شرایط ورود خواهد بود. (حق بیمه کسرماه معادل یک ماه محاسبه می‌گردد) نوزادان منوط به آنکه بیمه گذار لیست اسامی آنها را حداکثر تا سه ماه پس از تولد به بیمه گر اعلام نماید، از بدو تولد بیمه میباشند. حق بیمه مربوطه به نوزادان از زمان تولد پرداخت می‌گردد.

*تاریخ موثر برای حذف بیمه شدگان مستند به اعلام کتبی بیمه گذار و از تاریخ دریافت نامه وی می‌باشد. در صورت پرداخت حق بیمه تا انتهای قرارداد بیمه شده می‌تواند پوشش خود و خانواده اش را تا انتهای همان قرارداد حفظ نماید. در صورت عدم تمایل به ادامه همکاری و عدم دریافت خسارت، حق بیمه دوره حذف (از تاریخ دریافت نامه بیمه گذار تا انتهای قرارداد) عودت خواهد شد. (حق بیمه ماه مورد عمل قابل برگشت نمی‌باشد).

*در صورتی که بیمه شده اصلی در طول مدت بیمه فوت کند، پوشش بیمه ای سایر اعضاء بیمه شده اصلی متوفی، به شرط پرداخت حق بیمه، تا پایان مدت قرارداد ادامه خواهد داشت.

*هزینه دارو خارج از تعهدات پرداختی بیمه‌گر پایه با کسر فرانشیز ۳۰ درصد قرارداد پرداخت می‌شود.

*پرداخت حق بیمه افراد فوت شده در حین قرارداد تا تاریخ فوت بوده و در صورت واریز حواله خسارت هزینه پزشکی پس از فوت (انجام شده قبل از فوت)، دلالت بر دریافت حق بیمه پس از فوت نمی‌شود.

*عیوب مادرزادی قبل از قرارداد جزء تعهدات بیمه‌گر به شرط تشخیص پزشک معالج و متخصص می‌باشد.

*فرانشیز تعهدات قرارداد تکمیل درمان ۳۰٪ می‌باشد.

*کسانی که در قرارداد بیمه تکمیلی سال ۱۴۰۰-۱۴۰۱ (از ساعت ۲۴ روز ۰۱/۰۵/۱۴۰۰ لغایت ساعت ۲۴ روز ۳۱/۰۴/۱۴۰۱ میباشند) بوده‌اند فاقد اعمال دوره انتظار از سمت بیمه گر می باشد.

*در صورتی که بیمه شدگان از مزایای بیمه گر اول استفاده نمایند، مابه التفاوت خسارت تا سقف تعهد بیمه گر (طبق ضوابط قرارداد) بدون کسر فرانشیز قابل پرداخت خواهد بود.

*در صورتی که بیمه شدگان از مزایای بیمه گر اول استفاده ننمایند و یا سازمان های مذکور از پرداخت خسارت به هر دلیلی خودداری نمایند میزان سهم خسارت عهده بیمه گذار یا بیمه شده در هر مورد معادل فرانشیز ۳۰ درصد تعیین شده این قرارداد خواهد بود.

*رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر مجموع درجه نزدیک بینی، دوربینی، آستیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک بینی یا دور بینی به علاوه نصف آستیگمات)، کمتر از ۳ دیوپتر باشد.

*بیمه شده در انتخاب هر یک از بیمارستان های داخل کشور آزاد است و پس از پرداخت هزینه مزبور باید به صورت حساب مرکز درمانی را بانضمام نظریه پزشک یا پزشکان معالج در خصوص علت بیماری و شرح معالجات انجام شده دریافت و به بیمه گر تسلیم کند.

استثنائات: هزینه‌های این موارد از شمول تعهدات بیمه گر خارج است.

- ۱- اعمال جراحی که به منظور زیبایی انجام میشود، مگر اینکه ناشی از وقوع حادثه در طی مدت بیمه باشد.
- ۲- عیوب مادرزادی مگر اینکه طبق تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر، رفع این عیوب جنبه درمانی داشته باشد.
- ۳- سقط جنین مگر در موارد قانونی با تشخیص پزشک معالج.
- ۴- ترک اعتیاد.
- ۵- اقدام به خودکشی.
- ۶- اقدام به اعمال مجرمانه توسط بیمه شده و عوارض ناشی از اقدام به آن.
- ۷- حوادث طبیعی مانند سیل، زلزله و آتشفشان.
- ۸- جنگ، شورش، اغتشاش، بلوار اعتصاب، قیام، آشوب، کودتا و اقدامات احتیاطی مقامات نظامی و انتظامی و عملیات خرابکارانه بنا به تایید مقامات ذیصلاح.
- ۹- فعل و انفعالات هسته ای.
- ۱۰- هزینه اتاق خصوصی مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر.
- ۱۱- هزینه همراه بیماران بین ۷ تا ۷۰ سال مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر.
- ۱۲- جنون، مگر اینکه جنون پس از انعقاد این قرارداد حادث شده باشد.
- ۱۳- لوازم بهداشتی و آرایشی که جنبه دارویی ندارند.
- ۱۴- جراحی فک مگر آنکه به علت وجود تومور یا وقوع حادثه تحت پوشش باشد.
- ۱۵- هزینه های مربوط به معلولیت ذهنی از کار افتادگی کلی .

سقف پوشش‌های درخواستی بیمه درمان تکمیلی

ردیف	شرح	سقف تعهدات
۱	جبران هزینه‌های بستری (تشخیصی، درمان، طبی، جراحی) در بیمارستان و مراکز جراحی محدود و انواع (سنگ شکن، آنژیوگرافی عروق قلب و یا سایر اعضای بدن) لیزر تری‌ت‌ه چشم (سرپائی، بستری)، ناخنک چشم، پروتز	۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۲	اعمال جراحی تخصصی و فوق تخصصی و بیماری‌های خاص شامل: جراحی قلب و عروق، مغز و اعصاب نخاع پیوند کلیه و پیوند کبد، پیوند ریه، پیوند مغز استخوان (دارو و لوازم پیوندی و سایر خدمات) جراحی ستون فقرات (جراحی دیسک)، گامانایف جراحی فوق تخصصی ارتوپدی و درمان بیماری‌های همه‌گیری نظیر بیماری کرونا و بیماری‌های خاص (شامل: تالاسمی، هموفیلی، دیالیز، MS، و انواع سرطان، داروهای تخصصی مربوط به شیمی‌درمانی و عوارض آن در مراکز درمانی و داخل مطب به‌صورت سرپایی یا بستری شامل کلیه هزینه‌ها (دارو و لوازم و سایر خدمات) پرداخت هزینه‌های داروهای خاص و انواع سرطان‌ها بدون بستری و غیره...	۶۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۳	انواع زایمان و سزارین و کورتاژ قانونی و پوشش هزینه‌های مربوط به درمان نازایی و ناباروری شامل اعمال جراحی مرتبط ZIFT، ITSC، IUI، GIFT، میکرو اینجکشن و IVF و غیره...	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۴	هزینه‌های پاراکلینیک شامل: انواع (سونوگرافی، ماموگرافی، رادیوتراپی) انواع اسکن، انواع سی‌تی‌اسکن، انواع آندوسکوپی، کولونوسکوپی، MRI، اکوکاردیوگرافی، اسپیرومتری، استرس اکو، مانومتری، دانستیمتری، تست خواب، یدتراپی، فتوتراپی، یا نوردرمانی، جراحی ناخن، تمپانومتری و غیره...	۴۰,۰۰۰,۰۰۰
۵	هزینه‌های پاراکلینیک شامل: تست ورزش، تست ال‌رژمی، تست تنفسی، نوار عضله، فیزیوتراپی، نوار عصب، نوار مغز، نوار مئانه، آنژیوگرافی و رادیوگرافی چشم، شنوایی‌سنجی، بینایی‌سنجی، هول‌تر مانیتورینگ و.... خدمات کاردرمانی و گفتاردرمانی - کایروپراکتیک ورزش درمانی توپوگرافی شارژ باطری قلب مانیتورینگ باطری قلب	
۶	هزینه‌های پاراکلینیک شامل: شکستگی‌ها، گچ‌گیری، ختنه‌بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن‌لیپوم، تخلیه کیست و لیزر درمانی (به جز زیبایی)، خدمات اورژانس و خدمات Day care بیمارستان توپوگرافی، انواع بیوپسی آتل پانسمان شالازیون شستشوی و ساکشن گوش و غیره...	۲۰,۰۰۰,۰۰۰
۷	انواع (رادیوگرافی، آزمایشات تشخیص پزشکی، پاتولوژی یا آسیب‌شناسی، ژنتیک پزشکی، نوار قلب پاپ اسمیر تست غربالگری)، UBT (تست تنفسی اوره)	۳۰,۰۰۰,۰۰۰
۸	هزینه انتقال بیمار / متوفی با آمبولانس داخل شهر هزینه انتقال بیمار / متوفی با آمبولانس خارج از شهر	۴,۰۰۰,۰۰۰ ۶,۰۰۰,۰۰۰
۹	لیزیک دو چشم با حداقل ۳ دیوپتر هر چشم	۴۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۰	هزینه‌های دندان پزشکی و جراحی لثه (هر نفر)	۳۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۱	هزینه ویزیت پزشک (عمومی، تخصصی، روان‌پزشکی، فوق تخصصی) خدمات اورژانس در مواقع غیر بستری	۳۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۲	هزینه دارو انواع تزریقات (اعم از پوستی، داخل مفصل و یا ضایعه و سایر موارد) سرم‌درمانی	
۱۳	اروتز یا وسایل و تجهیزات طبی و کمک پزشکی	۱۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۴	عینک	۱۰,۰۰۰,۰۰۰

فرم ثبت نام بیمه تکمیل درمان سال ۱۴۰۱-۱۴۰۲

تاریخ/...../..... ۱۴۰۱

مشخصات بیمه شده اصلی

نام و نام خانوادگی: کد ملی: شماره شناسنامه: تاریخ تولد:/...../..... نام پدر:

تلفن همراه: تلفن ثابت: شماره عضویت:

نشانی:

۱- شماره فیش واریزی به مبلغ ۱۳,۲۰۰,۰۰۰ ریال به شماره حساب ۲۲۹۱۵۶۰۱۱۶ سازمان نزد بانک تجارت : مورخ/...../..... ۱۴۰۱

۲- شناسه چک صیاد به مبلغ ۱۳,۲۰۰,۰۰۰ ریال و تاریخ سررسید ۱۴۰۱/۱۱/۰۱.....

شماره حساب بانک ملت یا تجارت : ، یا شماره شبا سایر بانک ها :

مشخصات افراد تحت تکفل:

ردیف	نام	نام خانوادگی	نام پدر	تاریخ تولد			شماره شناسنامه	کد ملی	نسبت با بیمه‌گر
				روز	ماه	سال			
۱									
۲									
۳									
۴									
۵									

مدارک لازم: کپی کارت عضویت ، کارت ملی و شناسنامه همه افراد

آیا سال قبل بیمه تکمیل درمان بوده اید؟ بلی خیر

موارد فوق مورد تایید است

امضاء

کدام شرکت بیمه :