کمک‌رسان ایران
Iran Assistance

کد

درخواست عضویت دندانپزشکی کمک رسان

لطفا این درخواست را با خط خوانا نوشته و به کلیه سئوالات پاسخ کامل دهید و با درج تاریخ، امضا نمایید. درصورت پذیرش عضویت، این درخواست به عنوان بخش لاینفک قرارداد عضویت محسوب خواهد شد.

لطفا در این قسمت چیزی ننویسید

تمدید
الحاقیه

نام و نام خانوادگی | نام پدر | شماره شناسنامه کد ملی

تاریخ تولد / / | وضعیت تاهل | تعداد فرزند | تلفن

آدرس

شغل | شرکت | تلفن محل کار | تحصیلات

شماره شبا | نوع طرح : طلایی ☐ نقره ای ☐

● خانواده

نام و نام خانوادگی همسر | شماره شناسنامه کد ملی | تاریخ تولد / / | نام پدر

نام فرزند | شماره شناسنامه کد ملی | تاریخ تولد / / | نام پدر

نام فرزند | شماره شناسنامه کد ملی | تاریخ تولد / / | نام پدر

نام فرزند | شماره شناسنامه کد ملی | تاریخ تولد / / | نام پدر

Negarestan / 145

● نام و تلفن نزدیکان برای تماس اضطراری | نام : | تلفن : | معرف

اینجانب متقاضی عضویت برای خود و نامبردگان فوق هستم و با مطالعه قرارداد عضویت خدمات دندانپزشکی کمک رسان از مزایا و محدودیت های آن اطلاع کامل داشته و موافقت خود را با کلیه مفاد آن اعلام می دارم.

تاریخ : | نام : | امضاء:

مخصوص کارفرمایان

بدینوسیله تایید می گردد که مشخصات متقاضی نامبرده با مدرک موجود در این شرکت مطابقت داشته و این شرکت متعهد به پرداخت حق عضویت نامبرده و خانواده وی به شرح عنوان شده فوق می باشد.

نام شرکت : | تاریخ : | امضاء مجاز:

قرارداد عضویت دندانپزشکی کمک رسان

این قرارداد به منظور امکان استفاده عضو از خدمات پوشش کمک رسانی دندانپزشکی بر اساس مفاد و مندرجات قرارداد عضویت و الحاقیات مربوط بین عضو و شرکت کمک رسان ایران منعقد می گردد.

الف): تعاریف

۱- عضو: شخصی حقیقی که قرارداد عضویت کمک رسانی دندانپزشکی را پذیرفته و عضویت وی توسط کمک رسان قبول شده و حق عضویت مقرر را پرداخت نموده باشد.

۲- حق عضویت: مبلغی است که عضو بابت امکان استفاده از خدمات کمک رسانی دندانپزشکی می پردازد.

۳- مدت عضویت: دوره ای است که آن عضو می تواند از خدمات کمک رسانی دندانپزشکی استفاده نماید. شروع و خاتمه عضویت از ساعت ۱۲ ظهر روز شروع عضویت به مدت یک سال می باشد.

۴- کلینیک طرف قرارداد: کلینیک دندانپزشکی منتخب کمک رسان که به همین عنوان به عضو معرفی گردیده است.

۵- خدمات دندانپزشکی: خدمات دندانپزشکی مشمول این قرارداد منحصر به فهرست و تعرفه مندرج در ضمیمه شماره ۱که جز لاینفکی از این قرارداد استمی باشد.

۶- بیمه گر: یک شرکت بیمه ایرانی است که کمک رسان به نیابت از اعضاء خود کلیه هزینه های این قرارداد را نزد آن بیمه نموده است.

۷- کمک رسان: شرکت با مسئولیت محدود ثبت شده به شماره ۹۱۸۹۱

۸- دوره انتظار: مدتی است که در طول آن تعهدی نسبت به ارائه خدمات موضوع این قرارداد وجود ندارد.

ب): کلیات

۱- کمک رسان اعضای خود را بر اساس قرارداد عضویت و مفاد تکمیل شده توسط عضو پذیرش می نماید. چنانچه عضو در مورد اطلاعات خواسته شده و یا پاسخ به سئوالات مطروحه کتمان حقایق نموده و یا اظهارات کاذب نماید. عضویت وی فسخ و کمک رسان محق به کسر هزینه ها و خسارات وارده به تشخیص خود می باشد.

۲- متقاضی عضویت در کمک رسان باید حق عضویت خود را قبل از شروع و یا قبل از تمدید آن به کمک رسان پرداخت نماید. کمک رسان در مقابل کسی که حق عضویت خود را به موقع پرداخت ننماید هیچگونه مسئولیتی ندارد.

۳- حق عضویت سالیانه و غیر قابل فسخ درطول یک سال عضویت می باشد.

۴- کمک رسان در ارایه خدمات موضوع این قرارداد مسئول عوامل خارج از کنترل و یا محدودیت های ناشی از شرایط استثنایی و فورس ماژور حاکم در زمان و مکان عرضه خدمات نخواهد بود.

۵- کمک رسان هیچگونه مسئولیتی نسبت به تجویزات و اعمال دندانپزشکی انجام شده در رابطه با موضوع این قرارداد نداشته و هر گونه مسئولیت ناشی از قصور یا خطای احتمالی دندانپزشک متوجه شخص وی می باشد.

۶- هرگاه عضو اهلیت قانونی نداشته باشد، رضایت ولی و قیم او برای درخواست یا قبول عضویت ضروری است و کلیه وظایف و مسئولیت های عضو متوجه ولی و قیم وی خواهد بود.

۷- قرارداد عضویت کمک رسانی دندانپزشکی یک ساله می باشد و می تواند در پایان مدت با توافق طرفین به مدت یک سال دیگر تمدید گردد و تابع شرایط و حق عضویت کمک رسان در زمان تمدید خواهد بود.

۸- کلیه مکاتبات و مراسلات با عضو به آدرس و مشخصات مندرج در درخواست عضویت ارسال خواهد شد و عضو باید درصورت تغییر آدرس، موضوع را به صورت کتبی به اطلاع کمک رسان برساند.

۹- کلیه اختلافات ناشی از این قرارداد به هیئت کارشناسی متشکل از دونفر کارشناس خبره که هریک از طرفین انتخاب خواهد کرد و یک کارشناس خبره که به وسیله آن دو نفر انتخاب خواهد شد واگذار و نظر اکثریت هیئت کارشناس برای هریک از طرفین معتبر و لازم الاجرا خواهد بود. هزینه کارشناس به تساوی میان عضو و کمک رسان تقسیم می گردد.

۱۰- فرانشیز کلیه خدمات موضوع این قرارداد ۳۰ درصد است.

ج) شرایط استفاده از خدمات دندانپزشکی کمک رسان

۱- استفاده از خدمات موضوع این قرارداد در هرکلینیک و یا مطب دندانپزشکی منتخب عضو با ارائه کارت شناسایی عکس دار، مجاز است

۲-در صورت مراجعه به مراکز دندانپزشکی غیر طرف قرارداد، تامین اولین خسارت توسط بیمه گر کمک رسان منوط به ارائه یک عکس کامل پانورکس قبل ازدرمان می باشد. عکس مذکور در پرونده عضو جهت پرداخت خسارت بعدی بایگانی می گردد.

۳- اعضاء علاوه برکلینیک و یا مطب دندانپزشکی منتخب خود می توانند از مراکز دندانپزشکی طرف قرارداد کمک رسان بشرح مندرج درضمیمه ۱ استفاده نمایند.

۴- درصورت استفاده اعضاء از مطب یا مراکز دندانپزشکی طرف قرارداد موضوع بند۱، استفاده عضو از خدمات پس از اطلاع به کمک رسان و ارسال معرفی نامه کمک رسان به آن مرکز مقدور است و تعهد عضو شامل پرداخت مبلغ فرانشیز به مراکز طرف قرارداد می باشد.

۵- در صورت استفاده عضو از مطب یا مراکز دندانپزشکی غیر طرف قرارداد و یا عدم استفاده عضو از معرفی نامه کمک رسان ایران، تامین هزینه درمان پس از دریافت عکس پانورکس قبل از درمان، پرونده پزشکی، اصل صورتحساب و تصویر کارت شناسایی عکس دار، مشروط به احراز شرایط تامین خدمات براساس تعرفه جاری قرارداد با مراکز طرف قرارداد دندانپزشکی پس از کسر فرانشیز انجام می گیرد.

۶-محدودیت زمانی در ارسال و تکمیل اسناد و مدارک دندانپزشکی جهت استفاده از مزایای این قرارداد، حداکثر ۲ ماه از تاریخ انجام خدمات می باشد و کمک رسان پس از این زمان مسئولیتی در تامین هزینه خدمات ندارد.

۷- موارد خارج از تعهد: ایمپلنت، ارتودنسی، دست دندان و زیبایی