

اطلاعیه

قابل توجه کلیه همکاران گرامی

با توجه به اتمام تاریخ بیمه تکمیل درمان و شروع بیمه جدید از تاریخ ۱۴۰۰/۰۹/۲۵ همکاران گرامی که مایل به استفاده از بیمه تکمیلی می باشند؛ می توانند درخواست خود را به امور اداری واحد محل خدمت خود تا تاریخ ۱۴۰۰/۱۱/۰۵ ارسال نمایند.

ضمناً همکاران گرامی به نکات زیر توجه نمایید:

- همکاران با توجه به اینکه هیچ کپی و مدرکی ضمیمه فرم ثبت نام نمی شود، در تکمیل فرم دقت نمایید.
- فرم ثبت نام، شرایط و میزان تعهدات بیمه جهت اطلاع همکاران به پیوست ارسال می گردد.
- تاریخ شروع بیمه ادامه بیمه قبل و از تاریخ ۱۴۰۰/۰۹/۲۵ می باشد.
- به درخواست های ارسالی بعد از تاریخ مقرر (۱۴۰۰/۱۱/۰۵) ترتیب اثر داده نخواهد شد.
- چنانچه فردی فرم درخواست تکمیل و ارسال نموده باشد، بیمه شده تلقی و تا پایان قرارداد امکان انصراف ندارد.
- افرادی که سال ۱۳۹۹-۱۴۰۰ بیمه بوده اند و مجدد می خواهند در بیمه جدید باشند؛ لازم است فرم مربوطه را تکمیل و ارسال نمایند در غیر این صورت بیمه نمی شوند و در لیست جدید نخواهند بود.
- در تاریخ ۱۴۰۰/۱۱/۰۹ لیست متقاضیان از طریق اتوماسیون اداری اطلاع رسانی می گردد؛ همکاران لازم است بررسی نموده و چنانچه به هر علت در لیست نبودند حداکثر تا ۵ روز به اداره رفاه دانشکده مراجعه نمایند، در غیر این صورت بیمه نمی شوند و دیگر امکان بیمه شدن تا پایان قرارداد نمی باشد.
- کارمند لازم است خود را به عنوان فرد اصلی بیمه نماید و افراد تحت تکفل هر کدام به دلخواه بیمه شوند (فرزندان ذکور تا ۲۰ سالگی تمام و در صورت اشتغال به تحصیل در دانشگاه تا ۲۵ سالگی تمام و برای رشته های پزشکی تا ۲۶ سالگی تمام و فرزند دختر تا قبل از دواج تحت تکفل می باشند).
- کارمند می تواند پدر و مادر خود را نیز بیمه نماید به این صورت که پدر و مادر تحت تکفل و غیر تحت تکفل با همان قیمت بیمه می گردد.
- جهت رفاه حال کارکنان گرامی، دوره انتظار بیماریها حذف گردید.
- والدین هم تحت تکفل و هم غیر تحت تکفل فاقد پوشش دندان پزشکی می باشند.
- هرگونه درخواست افزایش بیمه شدگان فقط برای موارد (جدید الاستخدام، انتقالی، ازدواج و تولد فرزند) می باشد و می بایست ظرف مدت یک ماه به شرکت بیمه اعلام گردد. در هر حال تاریخ صدور بیمه اولین روز ماه بعد از اعلام کتبی به بیمه می باشد بجز تولد فرزند که از تاریخ تولد می باشد.

- هرگونه درخواست کاهش بیمه شدگان (فوت، اخراج، استعفا، طلاق و پایان خدمت) در صورتیکه دریافت خسارت نداشته باشد، می بایست ظرف مدت یک ماه به شرکت بیمه اعلام گردد، در هر حال تاریخ حذف بیمه اولین روز ماه بعد از اعلام کتبی به بیمه می باشد.

- کارکنان دارای سهمیه شاهد و ایثارگری لازم است فرم ثبت نام مربوطه را تکمیل نمایند.

- در فرم ثبت نام حتما شماره شبای حساب بانک ملی که به نام کارمند باشد به صورت خوانا نوشته شود. (جهت پرداخت خسارت)

- مسئولیت ثبت اشتباه فرم بخصوص در قسمت شماره ملی و شبا بعهده فرد متقاضی می باشد.

- حق بیمه به ازای تعهدات در نظر گرفته شده در طرح پایه به مبلغ ۶۱۲,۰۰۰ ریال (شصت و یک هزار و دویست تومان)، در طرح نقره ای به مبلغ ۱,۱۴۰,۰۰۰ ریال (یکصد و چهارده هزار تومان) و در طرح طلایی ۲,۱۶۰,۰۰۰ ریال (دویست و شانزده هزار تومان) برای هر نفر در ماه می باشد که در ۸ قسط از حقوق کارکنان کسر می گردد.

- فرم های تکمیل شده به امور اداری هر واحد طبق جدول ذیل حداکثر **تا تاریخ ۱۴۰۰/۱۱/۰۵** تحویل گردد.

نام واحد	مسئول امور اداری
ریاست	آقای موسی الرضا ماروسی
معاونت توسعه مدیریت منابع و برنامه ریزی	آقای حسین شادکانی
معاونت بهداشت	آقای حسن صمدیه
معاونت آموزشی و معاونت تحقیقات و فناوری	آقای قدرت ا... شفائی
معاونت فرهنگی دانشجویی	آقای ابوالفضل دهنوی
معاونت غذاودارو	آقای غلامحسین دلشاد
معاونت درمان	آقای محمدرضا محمدی
شبکه بهداشت و درمان فیروزه	آقای محمدکاظم اعظمی
شبکه بهداشت و درمان زبرخان	آقای محمد درودی
بیمارستان حکیم و مرکز شمس شرق	آقای حسین حسین آبادی
بیمارستان ۲۲ بهمن و کلینیک عطار	آقای حسین محمدی
مرکز فوریت های پزشکی و اورژانس ۱۱۵	آقای مهدی مهربان