

اطلاعیه

قابل توجه کلیه همکاران گرامی

به اطلاع تمامی کارکنان محترم دانشگاه علوم پزشکی نیشابور (کلیه کارکنان شاغل در دانشگاه شامل اعضای هیات علمی، رسمی، رسمی آزمایشی، پیمانی، پزشک خانواده، قراردادی تبصره ۳ و ۴، شرکتی، طرحی و خانواده های آنان شامل: پدر، مادر(بدون قید و شرط در سن، باید تحت تکفل و دارای بیمه پایه باشند)، همسر، فرزندان) می رساند قرارداد بیمه تکمیل درمان کارکنان از تاریخ ۱۴۰۳/۱۰/۲۵ لغایت ۱۴۰۴/۱۰/۲۴ به مدت یکسال شمسی منعقد و اجرائی خواهد گردید که نحوه ثبت نام بشرح ذیل می باشد.

***** شایان ذکر است طرح بیمه همگانی (پایه) به مبلغ ۲/۳۲۰/۰۰۰ ریال می باشد که مبلغ ۱/۵۰۰/۰۰۰ ریال توسط دانشگاه جهت کلیه همکاران متقاضی بیمه (اعضای هیئت علمی، رسمی، رسمی آزمایشی، پیمانی، تبصره ۳ و ۴، طرحی، پزشک خانواده) پرداخت می گردد و از خدمات تشخیصی و درمانی (مطابق با جدول تعهدات طرح انتخابی) بیمارستان ها و مراکز درمانی تابعه دانشگاه و برخوردار خواهند شد.**

***** همچنین خدمات بیمه تکمیل درمان جهت نیروهای شرکتی ارائه خواهد شد *****

***** متقاضیان محترم، اطلاعیه و فایل جدول تعهدات و نرخ حق بیمه را با دقت مطالعه نموده و سپس نسبت به ثبت نام بیمه در سایت دانشگاه علوم پزشکی/سامانه کارکنان/خدمات الکترونیک کارکنان/بیمه تکمیل درمان اقدام و جهت اطمینان از صحت ثبت نام از قسمت پیگیری ثبت نام اقدام نمایید *****

***** ثبت نام شما به عنوان پیش ثبت نام بوده و در صورتیکه شرایط کسر از حقوق برای کارمند وجود داشته باشد، ثبت نام نهایی شده و دانشگاه هیچ تعهدی نسبت به ثبت نام همکارانی که شرایط کسر از حقوق برایشان فراهم نیست را ندارد. ولی در صورتیکه متعهد گردند مبلغ حق بیمه را خودشان به صورت یکجا پرداخت نمایند می توانند ثبت نام و از مزایای آن استفاده نمایند *****

تذکر: ثبت نام در این سایت به منزله پیش ثبت نام بوده و پس از تأیید امور مالی و کسر از حقوق از کارمند، لیست قطعی محسوب گردیده و جهت اطمینان از صحت ثبت نام از قسمت پیگیری ثبت نام اقدام نمایید.

هر کدام از همکاران (اعضاء هیأت علمی، رسمی، رسمی آزمایشی، پیمانی، طرحی، پزشک خانواده، ضریب k) می توانند

یکی از چهار طرح پایه، برنزی، نقره ای، طلایی را انتخاب و دانشگاه به میزان مبلغ ۱/۵۰۰/۰۰۰ ریال جهت بیمه پایه

به بیمه شده اصلی پرداخت نماید.

* همچنین کارکنان شرکتی، پزشک خانواده و ضریب k در صورت تمایل به استفاده از خدمات بیمه تکمیل درمان،

می بایست مبلغ کل بیمه سالانه را تا پایان قرارداد خود تسویه نمایند.

- با توجه به اینکه هیچ مدرکی ضمیمه فرم ثبت نام نمی باشد، خواهشمند است نهایت دقت را در انتخاب نوع طرح را داشته باشند و اطلاعات خواسته شده کامل باشد، و در صورت داشتن نقص در فرم ثبت نام مسئولیت با کارمند می باشد در صورتیکه هر یک از کارکنان محترم **اظهارات خلاف واقع** در خصوص **نسبت افراد ثبت نام شده با بیمه شده اصلی** (کارمند) ارائه نموده و یا اشخاصی را خارج از موارد مجاز اشاره شده در اطلاعیه ثبت نام نمایند به منزله تقلب و تخطی از مقررات منظور و علاوه بر حذف همکار از لیست بیمه تکمیلی و یا بروز مشکل جهت استفاده از بیمه مسئولیت آن متوجه فرد خاطی خواهد بود.

***** مهم: همکاران طرحی که کمتر از یکسال از طرح شان باقی مانده است می بایست حق بیمه خود را طی سه ماه پرداخت نمایند. ******

توجه: امکان تغییر طرح انتخابی بیمه تکمیل درمان تا پایان قرارداد وجود ندارد.

- تاریخ شروع بیمه، ادامه بیمه قبل و از تاریخ ۱۴۰۳/۱۰/۲۵ می باشد.

نکته مهم: کلیه متقاضیان صرف نظر از اینکه سنوات گذشته عضو بیمه تکمیلی بوده اند می بایست مجدد ثبت نام نموده و عدم ثبت نام به منزله انصراف از خدمات بیمه تکمیلی می باشد.

- چنانچه فردی فرم درخواست الکترونیکی را تکمیل و ارسال نموده باشد، بیمه شده تلقی و تا پایان قرارداد امکان انصراف وجود ندارد.

********* - همکاران می بایست پس از پایان مهلت ثبت نام در قسمت **پیگیری ثبت نام بیمه** از ثبت نام خود در سامانه رفاهی اطمینان حاصل نمایند و چنانچه به هر علت در لیست نبودند **حداکثر تا ۵ روز بعد از مهلت ثبت نام** به اداره رفاه دانشگاه مراجعه نمایند، در غیر این صورت مسئولیت عدم صدور بیمه تکمیل درمان با خود فرد بوده و دیگر امکان بیمه شدن تا پایان قرارداد وجود ندارد. *********

- 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). (داشتن بیمه پایه شرط اصلی ثبت نام می باشد)

- 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 گردند.

- هرگونه درخواست افزایش بیمه شدگان فقط برای موارد (جدید الاستخدام، انتقالی، ازدواج و تولد فرزند) می باشد و می بایست ۵ روز بعد از تاریخ تولد، ازدواج و... و نهایتاً ظرف مدت همان ماه به دانشگاه 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.

- بیمه تکمیل درمان **فرزندان شاهد** با اداره بنیاد شهید بوده و در صورت انجام بیمه تکمیل درمان خانواده یا افراد تحت تکفل خود، باید حق بیمه را پرداخت نمایند.

- همکاران **فرزند شاهد** در تکمیل فرم ثبت نام، همسر خود را به عنوان بیمه شده اصلی و افراد تحت تکفل خود را به عنوان بیمه شده تبعی ثبت نمایند.

**** فرزندان شاهد که دارای بیمه تکمیلی از اداره بنیاد شهید می باشند در صورت درخواست خود می توانند با پرداخت حق بیمه از بیمه تکمیلی دانشگاه استفاده نمایند .

***** - هرگونه درخواست کاهش بیمه شدگان (فوتی) 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 . *****

- در هنگام ثبت نام در سامانه حتماً باید شماره همراهی که به نام کارمند و پیامک تبلیغاتی آن فعال باشد به صورت صحیح نوشته شود کلیه روند ثبت مدارک، فاکتورهای درمانی، واریز خسارت از طریق پیامک اطلاع رسانی می شود. / همکاران می توانند بعد از فعال شدن بیمه تکمیل درمان بیمه دی از طریق اپلیکیشن دی دار به آدرس <https://didar24> از وضعیت پرداخت خسارت خود اطلاع یابند .

- در هنگام ثبت نام در سامانه خدمات الکترونیک کارکنان حتماً باید شماره شبای بانک و شماره ملی به صورت صحیح نوشته شود. در غیر این صورت مسئولیت ثبت اشتباه فرم بعهدده فرد متقاضی می باشد. (جهت پرداخت خسارت)

- حق بیمه به ازای تعهدات در نظر گرفته شده در طرح پایه به مبلغ $2/320/000$ ریال (دویست و سی و دو تومان) و در طرح برنزی به مبلغ $4/640/000$ ریال (چهارصد و شصت و چهار هزار تومان) و در طرح نقره ای $5/280/000$ ریال (پانصد و بیست و هشت هزار تومان) و طلائی به مبلغ $6/980/000$ (ششصد و نود و هشت هزار تومان) برای هر نفر در ماه می باشد که در ۱۰ قسط از حقوق کارکنان کسر می گردد .

مهم : همکاران در صورت انتخاب نوع طرح (برنزی، نقره ای یا طلائی) حتماً باید برای افراد تحت تکفل و غیرتحت تکفل هم همان طرح انتخاب شود .

به طور مثال : اگر فرد اصلی بیمه شده نقره ای انتخاب می کند باید افراد تحت تکفل و غیرتحت تکفل (همسر، فرزند، پدر، مادر) هم نقره ای انتخاب کنند .

با تشکر

مدیریت امور پشتیبانی و رفاهی دانشگاه

نکات مورد توجه در هنگام ثبت نام در سامانه

پرسنل محترم شرکتی بایستی در هنگام ثبت نام فیلد " مرکز هزینه محل خدمت " خود را شرکت طرف قرارداد خود انتخاب نمایند .

- همکاران گرامی در صورت نیاز به ویرایش اطلاعات ثبت نامی تا آخرین مهلت ثبت نام بایستی در قسمت بیمه تکمیلی وارد آیکون " پیگیری ثبت نام بیمه " شده و بعد از انتخاب قرارداد بیمه تکمیلی بیمه سینا ۱۴۰۴-۱۴۰۳ نسبت به ویرایش اطلاعات و حصول اطمینان از نهایی شدن ثبت نام خود اقدام نمایند .
- اطلاعات پرسنلی کلیه همکاران در سامانه رفاهی (قسمت سامانه بیمه تکمیل درمان) سایت دانشگاه قرار داده شده است که همکاران می بایست نسبت به ثبت نام خود و سایر اعضای خانواده شخصا و کاملا اختیاری اقدام نمایند .
- چنانچه تغییر ، کاهش ، افزایش و یا نقصی در اطلاعات افراد تحت تکفل کارکنان وجود دارد ابتدا از طریق فرآیند ویرایش افراد تحت تکفل تغییر اطلاعات نموده و سپس اقدام به ثبت نام نمایند .
- هرگونه تغییر طرح ، حذف ، اضافه ، ویرایش فقط توسط خود شخص و در بازه زمانی ثبت نام امکان پذیر می باشد در غیر اینصورت تا پایان قرارداد ۱۴۰۴/۱۰/۲۴ امکان انصراف و تغییر وجود نخواهد داشت .(از هر گونه مکاتبه، تماس تلفنی در این خصوص جدا خودداری فرمائید)
- کارکنان شاغل و افراد تحت تکفل آنان بایستی در طول مدت قرارداد بیمه تکمیل درمان، دارای دفترچه بیمه پایه از سازمان تامین اجتماعی، خدمات درمانی و یا سایر سازمان های بیمه گر باشند.

نکته بسیار مهم:

- اطلاعات فردی بیمه شده اصلی شامل : طرح بیمه تکمیلی، واحد محل خدمت، مرکز هزینه (واحد محل دریافت حقوق) شماره تماس ثابت، تلفن همراه، شماره شبا، شماره حساب، بانک عامل، سازمان بیمه گر، شماره دفترچه بیمه و در نهایت ، پست الکترونیکی خود را با نهایت دقت و حساسیت ثبت نمایید . زیرا مسئولیت صحت و سقم اطلاعات بر عهده شخص کارمند بوده و دانشگاه در این مورد هیچگونه مسئولیتی ندارد.

-اطلاعات فردی افراد تحت تکفل شامل : نام، نام خانوادگی، نام پدر، تاریخ تولد، شماره شناسنامه، شماره ملی، جنسیت، نسبت، سازمان بیمه گر، شماره دفترچه بیمه و در نهایت وضعیت تاهل افراد تحت تکفل خود را با نهایت دقت و حساسیت ثبت نمایید . زیرا مسئولیت صحت و سقم اطلاعات بر عهده شخص کارمند بوده و دانشگاه در این مورد هیچگونه مسئولیتی ندارد .

ضمنا خواهشمند است در صورت داشتن هرگونه سوال و مشکل با شماره تلفن های ۴۳۳۰۷۱۷۴ و ۴۳۳۰۷۱۷۵ با خانم کارگزار و

آقای شادکانی تماس حاصل فرمایید.