

## ثبت نام بیمه تکمیلی درمان بیمه ایران در سال ۱۳۹۹

### با سلام

به اطلاع اعضاء محترم هیات علمی و کارکنان گرامی دانشگاه می رساند با توجه به تمدید قرارداد بیمه تکمیلی تاریخ ۹۹/۰۷/۲۹ لازم است حداکثر تا روز چهارشنبه مورخ ۹۹/۰۷/۳۰ نسبت به افزایش یا کاهش و یا هرگونه تغییر در وضعیت بیمه شدگان با مطالعه دقیق اطلاعیه و جدول تعهدات و فرمهای پیوست برای قرارداد جدید اقدام نمایید.

❖ کلیه متقاضیان جدید بیمه تکمیلی که در سال ۱۳۹۸ بیمه **نبوده اند** پس از تکمیل فرم بیمه تکمیلی ارسال شده به واحدهای مربوطه در مدت زمان اعلام شده به کارشناس بیمه تکمیلی سرکار خانم واسع تحویل نمایند. لذا خواهشمند است هنگام تکمیل فرم مربوطه تمامی موارد اعم از نام و نام خانوادگی، کدملی، شماره موبایل و امضاء را به صورت دقیق کامل و خوانا مرقوم فرمائید.

❖ اعضاء محترم هیات علمی و کارکنان گرامی که در سال ۱۳۹۸ بیمه تکمیلی **بوده اند** فقط وارد سامانه بیمه تکمیلی شده روی گزینه لیست اشخاص زده ثبت نام را ازاین طریق انجام بدهند، شخص اصلی بیمه شده و افراد تحت تکفل در صورت تایید فعال نموده و در مواردی که خواستید فردی را حذف کنید فعال نکنید و یا اضافه خواستید انجام بدهید افزودن شخص را زده و مشخصات کامل آن را تکمیل نمائید در انتها در دو حالت (حذف و اضافه) تایید و پرینت گرفته با امضاء و ذکر تاریخ به کارشناس بیمه تکمیلی تحویل نمایید.

✓ " شماره تماس و پیگیری سرکار خانم واسع ۸۴۰۶۴۲۲۵ "

✓ درضمن عدم ارسال فرم مربوطه تمامی افراد به منزله انصراف از بیمه تکمیلی درمان خواهد بود.

### ❖ شرایط و مقررات اصلی بیمه تکمیلی :

- اعضاء شامل ( اعضاء هیات علمی ، کارکنان رسمی ، پیمانی ، قراردادی،شرکتی)
- دارای بیمه پایه خدمات درمانی ،تامین اجتماعی یا سلامت باشد .
- همکاران شرکتی حق بیمه به صورت کامل باید پرداخت نمایند برای افراد تحت تکفل و غیر تحت تکفل به همین روال می باشد.

- افراد مجاز به پوشش شامل بیمه شده اصلی ، همسر و فرزندان تحت تکفل و والدین تحت تکفل که بیمه آنها نصف دانشگاه پرداخت می نماید در غیر اینصورت افراد غیر تحت تکفل حق بیمه کامل کسر می گردد.
- ارسال فتوکپی صفحه اول و دوم شناسنامه فرزندان "پسر و دختر" با گروه سنی بالای ۲۰ سال الزامی می باشد .
- **فرزندان ذکور " پسر " تا سن ۳۰ سال در صورتیکه ازدواج نکرده باشند** با ارائه کپی شناسنامه صفحه اول و دوم به پیوست فرم بیمه تکمیلی تحت پوشش این بیمه نامه قرار می گیرند **بدون ارسال کپی شناسنامه شخص بیمه نخواهد گردید .**
- فرزندان انث " دختر " تا هنگام ازدواج تحت پوشش این بیمه نامه قرار می گیرند.
- ❖ **افرادی که در طول مدت قرارداد می توانند به لیست اضافه شوند شامل :**
  - افراد جدید الاستخدام
  - کارکنان انتقالی
  - همسر کارکنانی که تازه ازدواج نموده اند
  - نوزادان از بدو تولد آنها حداکثر ظرف مدت دو ماه از تاریخ ولادت نگذشته باشد .
  - حذف افراد بیمه شده در بین قرارداد فقط به شرط خروج از تکفل (ازدواج) و یا فوت بیمه شده یا مامور به سازمانهای دیگر امکان پذیر می باشد **(به شرط عدم دریافت خسارت)**
- ❖ در خواست حذف و عضویت افراد فقط تا پایان روز ۱۳۹۹/۰۷/۳۰ امکان پذیر است و در طول مدت قرارداد مقدور نمی باشد **(زمان مشخص شده قابل تمدید نمی باشد)**

#### همکاران گرامی آقا :

- ۱- می توانند همسر ، فرزند ، پدر و مادر را جهت استفاده از بیمه تکمیلی درمان معرفی نمایند.
- ۲- ۵۰٪ حق بیمه همسر و فرزند توسط دانشگاه پرداخت می گردد .
- ۳- در صورت تقاضای فرد جهت بیمه کردن پدر و مادر ( در صورتیکه توسط بیمه شده اصلی تحت پوشش قرار گرفته باشند ) با ارسال فتوکپی صفحه اول دفترچه بیمه ، ۵۰٪ حق بیمه آنها توسط دانشگاه پرداخت و در غیر اینصورت بایستی حق بیمه را کامل پرداخت نمایند.
- ۴- جهت استفاده از بیمه تکمیلی داشتن یکی از دفترچه بیمه تامین اجتماعی ، خدمات درمانی و سلامت الزامی می باشد.

#### - همکاران گرامی خانم :

- ۱- می توانند همسر ، فرزند ، پدر و مادر را جهت استفاده از بیمه تکمیلی درمان معرفی نمایند .
- ۲- در صورت تقاضای فرد جهت بیمه کردن همسر ، فرزند ، پدر و مادر می بایست صفحه اول دفترچه بیمه (خدمات درمانی ، تامین اجتماعی) که در آن مشخص نماید فرد توسط بیمه شده اصلی تحت

پوشش بیمه قرار گرفته است ارسال تا به میزان ۵۰٪ حق بیمه آنها توسط دانشگاه پرداخت شود. در غیر اینصورت بایستی حق بیمه را کامل پرداخت نمایند.

۳- جهت استفاده از بیمه تکمیلی داشتن یکی از دفترچه بیمه تامین اجتماعی ، خدمات درمانی و سلامت الزامی می باشد .

اداره رفاه