

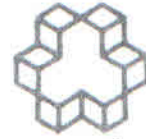
قائم مقام محترم رئیس و مدیر کل دفتر ریاست دانشگاه
معاونت محترم اداری و مالی
معاونت محترم پژوهشی و فناوری
معاونت محترم آموزشی و تحصیلات تکمیلی
معاونت محترم فرهنگی و دانشجویی
معاونت محترم بین الملل
مدیر کل محترم دفتر طرح و برنامه
ریاست محترم مرکز آموزش های الکترونیکی
مدیریت محترم اجرایی دفتر نهاد نمایندگی مقام معظم رهبری
مدیریت محترم اداره حراست

با سلام و احترام

به استحضار می رساند دانشگاه در راستای ایجاد خدمات رفاهی هر چه بهتر جهت استفاده اعضای محترم هیات علمی و کارکنان گرامی قرارداد بیمه تکمیلی درمان با شرکت " بیمه ایران " از تاریخ ۱۳۹۹/۰۷/۳۰ لغایت ۱۴۰۰/۰۷/۳۰ به مدت ۱۲ ماه یک طرح طبق جدول پیوست با "سرانه حق بیمه ماهانه ۲/۵۰۰/۰۰۰ ریالی" برای هر نفر بیمه شده منعقد گردیده است ، که مبلغ ۵۰٪ از مبلغ کل طرح سهم بیمه شده ۵۰٪ سهم دانشگاه برای اعضای محترم هیات علمی، کارکنان رسمی ، پیمانی، قراردادی منظور گردیده است و افراد شرکتی حق بیمه به صورت کامل می باشد. با توجه به اخذ قرارداد جدید و شرایط استثنائی (بیماری کوئید ۱۹) برای همکارانی که در دانشگاه حضور ندارند ، مقتضی است متقاضیان ثبت نام را از طریق سامانه بیمه تکمیلی با دقت انجام داده و تا تاریخ ۹۹/۰۷/۳۰ پرینت امضاء شده آنرا جهت اقدامات بعدی به این مدیریت ارسال نمایید یا از طریق سیستم فراگستر فرم تکمیل شده به کاربری سرکار خانم واسع با کد ۲۴۵ مسئول اداره رفاه ارسال گردد فرم ارسال شده از سیستم فراگستر به منزله فرم امضاء شده تلقی می گردد در غیر اینصورت ثبت نام بیمه تکمیلی متقاضی کن لم یکن تلقی می گردد.

* لازم به ذکر است ارسال کپی صفحه اول و دوم شناسنامه فرزندان (پسر و دختر) با گروه سنی بالای ۲۰ سال الزامی می باشد. ارسال فرم تکمیل شده بیمه بدون کپی شناسنامه افراد مذکور در بند فوق ثبت نام ناقص تلقی شده و باطل می گردد.

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



تاریخ: ۱۳۹۹/۰۷/۲۷

شماره: م/۲۰۴۲۴

پست: دارد

جمهوری اسلامی ایران
سازمان تامین اجتماعی

*توضیح: صحت و سقم اطلاعات فرم بیمه تکمیلی برعهده بیمه شده اصلی می باشد و عدم ارسال فرم مربوطه از طریق سیستم فراگستر یا دستی به منظور انصراف از بیمه تکمیلی درمان خواهد بود.

سیدجواد حسینی نژاد

مدیر امور اداری