

ریاست محترم دانشکده برق
ریاست محترم دانشکده عمران
ریاست محترم دانشکده مکانیک
ریاست محترم دانشکده صنایع
ریاست محترم دانشکده فیزیک و شیمی
ریاست محترم دانشکده هوا فضا
ریاست محترم دانشکده نقشه برداری
ریاست محترم دانشکده ریاضی
ریاست محترم دانشکده کامپیوتر
ریاست محترم دانشکده علم و مواد

با سلام و احترام

به استحضار می‌رساند، در راستای ایجاد خدمات رفاهی هرچه بهتر جهت استفاده اعضای محترم هیات علمی و کارکنان گرامی، قرارداد جدید بیمه تکمیلی درمان با شرکت "بیمه ایران" از تاریخ ۱۳۹۷/۳/۳۰ با دو طرح جداگانه طبق جدول پیوست با "سرانه حق بیمه ماهانه ۹۲۰/۰۰۰ ریالی و ۱/۲۵۰/۰۰۰ ریالی" برای هر نفر بیمه شده منعقد گردیده است، که مبلغ ۵۰٪ از مبلغ کل هریک از طرح‌ها سهم بیمه شده اصلی ۵۰٪ سهم دانشگاه منظور گردیده است. با توجه به اخذ قرارداد جدید، مقتضی است متقاضیان، ثبت نام خود را از طریق سامانه بیمه تکمیلی با دقت انجام داده و تا تاریخ ۱۳۹۷/۴/۹ پرینت امضاء شده آنرا جهت اقدامات بعدی به این مدیریت ارسال نمایند.

* لازم به ذکر است ارسال کپی صفحه اول و دوم شناسنامه فرزندان (پسر و دختر) با گروه سنی بالای ۲۰ سال الزامی می‌باشد. بدون ارسال کپی شناسنامه شخص به همراه تاییدیه فرم بیمه نخواهد گردید.

* توضیح: صحت و سقم اطلاعات فرم تکمیل شده برعهده بیمه شده اصلی می‌باشد و عدم ارسال فرم مربوطه به منزله انصراف از بیمه تکمیلی درمان خواهد بود.

* ضمناً قبل از تکمیل فرم، صحت کد ملی ثبت شده در سامانه بیمه تکمیلی را با کد ملی خود تطبیق دهید و در صورت عدم تطابق کد ملی صحیح خود را در سامانه اصلاح نموده سپس فرم بیمه را تکمیل و ارسال نمایید.

علی میرسالاری

مدیر امور اداری دانشگاه

قائم مقام محترم ریاست
معاونت محترم اداری و مالی
معاونت محترم پژوهشی
معاونت محترم آموزشی
معاونت محترم فرهنگی و دانشجویی
معاونت محترم بین المللی
مدیر کل محترم دفتر طرح و برنامه
مدیریت محترم دفتر نهاد رهبری

با سلام و احترام

به استحضار می رساند، در راستای ایجاد خدمات رفاهی هرچه بهتر جهت استفاده اعضای محترم هیات علمی و کارکنان گرامی، قرارداد جدید بیمه تکمیلی درمان با شرکت "بیمه ایران" از تاریخ ۱۳۹۷/۳/۳۰ با دو طرح جداگانه طبق جدول پیوست با "سرانه حق بیمه ماهانه ۹۲۰/۰۰۰ ریالی و ۱/۲۵۰/۰۰۰ ریالی" برای هر نفر بیمه شده منعقد گردیده است، که مبلغ ۵۰٪ از مبلغ کل هریک از طرح ها سهم بیمه شده اصلی ۵۰٪ سهم دانشگاه منظور گردیده است. با توجه به اخذ قرارداد جدید، مقتضی است متقاضیان، ثبت نام خود را از طریق سامانه بیمه تکمیلی با دقت انجام داده و تا تاریخ ۱۳۹۷/۴/۹ پرینت امضاء شده آنرا جهت اقدامات بعدی به این مدیریت ارسال نمائید.

* لازم به ذکر است ارسال کپی صفحه اول و دوم شناسنامه فرزندان (پسر و دختر) با گروه سنی بالای ۲۰ سال الزامی می باشد. بدون ارسال کپی شناسنامه شخص به همراه تاییدیه فرم بیمه نخواهد گردید.

* توضیح: صحت و سقم اطلاعات فرم تکمیل شده برعهده بیمه شده اصلی می باشد و عدم ارسال فرم مربوطه به منزله انصراف از بیمه تکمیلی درمان خواهد بود.

ضمنا قبل از تکمیل فرم، صحت کد ملی ثبت شده در سامانه بیمه تکمیلی را با کد ملی خود تطبیق دهید و در صورت عدم تطابق کد ملی صحیح خود را در سامانه اصلاح نموده سپس فرم بیمه را تکمیل و ارسال نمائید.

علی میر سالاری
مدیر امور اداری دانشگاه

