



تاریخ: ۱۳۹۹/۰۷/۲۷
شماره: ۲۰۳۹۳/م
نوع سند: دارد

جمهوری اسلامی ایران
مجلس شورای اسلامی

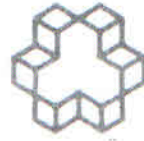
ریاست محترم دانشکده برق
ریاست محترم دانشکده عمران
ریاست محترم دانشکده مکانیک
ریاست محترم دانشکده صنایع
ریاست محترم دانشکده شیمی
ریاست محترم دانشکده فیزیک
ریاست محترم دانشکده هوا فضا
ریاست محترم دانشکده نقشه برداری
ریاست محترم دانشکده ریاضی
ریاست محترم دانشکده کامپیوتر
ریاست محترم دانشکده علم و مواد
ریاست محترم آموزشهای عمومی
ریاست محترم مرکز آموزش های الکترونیکی

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 آنها جهت اقدامات بعدی به این مدیریت ارسال نمائید 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/۲۰۳۹۳

پست: دارد

جمهوری اسلامی ایران

*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