شماره : ...د/۲/۹۵۰۸.....

تاریخ : ...۱۴۰۱/۰۴/۲۹.....

ساعت : ...۷:۳۹.....

پیوست : ...دارد.....

بسمه تعالی

معاون توسعه مدیریت و منابع

مدیران محترم واحدهای تابعه دانشگاه

با سلام و احترام

پس از حمد خدا و درود و صلوات بر محمد و آل محمد (ص)، با عنایت به خرید بیمه نامه درمان تکمیلی کارکنان در سه طرح (عادی، نقره‌ای، طلایی) با تعهدات تفکیک شده به شرح پیوست جهت انتخاب یکی از طرح های فوق از تاریخ ۱۴۰۱/۰۵/۰۱ به مدت یکسال با شرکت بیمه دانا با سرانه ماهیانه هر نفر (طرح عادی ۱/۵۰۰/۰۰۰ ریال، طرح نقره ای ۱/۸۹۰/۰۰۰ ریال وطرح طلایی ۲/۲۲۰/۰۰۰ ریال)، خواهشمند است دستور فرمائید رابط محترم امور بیمه‌ای آن واحد مطابق تعهدات و رعایت موارد زیر و براساس فرم ثبت نام (نمونه پیوست) نسبت به ثبت نام متقاضیان بیمه درمان تکمیلی اقدام نمایند و لوح فشرده مذکور را در یک نسخه تنظیم و با نامه رسمی تا پایان وقت اداری روز شنبه ۱۴۰۱/۰۵/۲۲ به آدرس: ستاد مرکزی، ساختمان شماره سه- مدیریت امور پشتیبانی- طبقه اول- اتاق ۲۰۴ ارسال نمایند.

۱- در صورت هرگونه سؤال در ثبت ورود اطلاعات بیمه‌شدگان، رابطین محترم از ساعات۸ الی ۱۴ با شماره تماس ۷-۹۵۰۲۲۰۰۵-۰۳۱ یا ۹۷-۳۳۸۱۶۹۶-۰۳۱ داخلی ۲ (کارشناس صدور و خسارت اشخاص شرکت بیمه دانا) و شماره ۳۷۹۲۴۰۰۷-۰۳۱ مدیریت امور پشتیبانی واحد امور بیمه درمان تکمیلی تماس حاصل نمایند.

۲-رابطین محترم می‌بایست پس از ثبت اطلاعات متقاضیان در فرمت فایل Excel (نمونه پیوست) نسبت به بررسی مجدد و اصلاح موارد و اشکالات اقدام نموده و از ارسال فایل کنترل نشده (شماره حساب، کد ملی، نام و نام خانوادگی و...) خودداری نمایند.

۳-جهت درج شماره حساب در فایل Excel فقط شماره شبا بانک ملی ، ملت و رفاه ثبت گردد و از ثبت شماره حساب های سایر بانک‌ها جداً خودداری فرمایید.

۴-رابطین محترم می‌بایست لوح فشرده حاوی متقاضیان ثبت نام بیمه درمان تکمیلی را در طرح های عادی، نقره ای و طلایی به صورت تفکیک شده ارسال نمایند.

۵-کارکنان متقاضی ثبت نام در بیمه درمان تکمیلی در زمان انتخاب طرح های عادی، نقره ای یا طلایی می‌بایست نسبت به ثبت نام خود و افراد تحت تکفلشان صرفاً از یکی از طرح های موجود استفاده و ثبت نام نمایند.

۶-مشمولین ثبت‌نام بیمه درمان تکمیلی (همسر، فرزند، پدر و مادر) می باشند، لذا از ثبت نام افراد غیرمشمول جدا خودداری فرمایید.

۷- مسئولین محترم امور مالی واحدها نسبت به کسر حق بیمه ماهیانه هریک از بیمه‌شدگان متقاضی براساس اطلاعات فرم ثبت‌نام شدگان با سرانه ماهیانه هر نفر در طرح های انتخابی(عادی، نقره‌ای یا طلایی) اقدام نمایند.

۸-حق بیمه سرانه ماهیانه هریک از بیمه‌شدگان از ابتدای مردادماه سالجاری محاسبه و از لیست حقوق مردادماه کسر و به شماره شناسه متعلق به آن مرکز که از طریق شرکت بیمه دانا اعلام خواهد گردید، واریز گردد.

۹-رابطین امور بیمه در صورت لزوم جهت دریافت لوح فشرده ثبت‌نام متقاضیان بیمه درمان تکمیلی از روز چهار شنبه مورخ ۱۴۰۱/۰۴/۲۹ لغایت دوشنبه ۱۴۰۱/۰۵/۰۳ به دفتر امور بیمه مدیریت امور پشتیبانی واقع در ساختمان شماره سه- طبقه اول- اتاق ۲۰۴ مراجعه نمایند.

۱۰- در صورت ثبت‌نام متقاضیان بیمه درمان تکمیلی درسال ۱۴۰۲-۱۴۰۱ و بارگذاری اسامی در سامانه شرکت بیمه دانا حذف یا انصراف در طول مدت بیمه‌نامه به هر دلیل امکان‌پذیر نخواهد بود.

دکتر محمد حسین اعرابی
معاون توسعه مدیریت و منابع

رونوشت :

مشاور اجرایی محترم معاون توسعه مدیریت و منابع جناب آقای دکتر گنجی: جهت استحضار

مدیر محترم مدیریت امور مالی جناب آقای خالویی

مدیر محترم امور پشتیبانی رفاهی و تامین تجهیزات پزشکی جناب آقای یزدی

ریاست محترم شرکت بیمه دانا شعبه زاینده رود جناب آقای فاضلیان