



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

شماره : ۰۰۰۰۰۰۰۰/۰۵/۱۴۰۰
تاریخ : ۰۴/۰۵/۱۴۰۰
ساعت : ۰۳:۰۷
پیوست : د.ا.ر.

مدیریت امور پشتیبانی ، رفاهی و تأمین تجهیزات پزشکی

مدیران محترم واحدهای تابعه دانشگاه

با سلام و احترام

پس از حمد خدا و درود و صلوات بر محمد و آل محمد (ص)، پیرو نامه شماره ۰۳/۰۵/۱۴۰۰ مشاور محترم اجرایی معاونت توسعه مدیریت و منابع دانشگاه مبنی بر خرید بیمه نامه درمان تکمیلی کارکنان در دو طرح (نقره‌ای، طلایی) با تعهدات تفکیک شده به شرح پیوست و سرانه حق بیمه مشخص جهت انتخاب یکی از طرح های فوق از تاریخ ۰۱/۰۵/۱۴۰۰ به مدت یکسال با شرکت بیمه البرز با سرانه ماهیانه هر نفر (طرح نقره ای ۱/۰۷۳/۲۱۴ ریال و طرح طلایی ۱/۲۷۳/۶۶۵ ریال)، خواهشمند است دستور فرمائید رابط محترم امور بیمه‌ای آن واحد مطابق تعهدات (نمونه پیوست) 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 سه شنبه ۲۶/۰۵/۱۴۰۰ به آدرس: ستاد مرکزی، ساختمان شماره سه- مدیریت امور پشتیبانی- طبقه اول- اتاق ۲۰۴ ارسال نمایند.

۱- در صورت هرگونه اشکال یا ابهام در ثبت ورود اطلاعات بیمه‌شدگان، رابطین محترم در ساعات اداری هر هفته تا روز سه شنبه مورخ ۲۶/۰۵/۱۴۰۰ از ساعات ۱۲-۸ صبح با شماره تماس ۰۳۱-۳۷۹۲۳۹۹۶ یا ۰۳۱-۳۶۵۴۸۴۰۰ داخلی ۲۴ جناب آقای ایزدی (کارشناس صدور و خسارت اشخاص شرکت بیمه البرز) و شماره ۰۳۱-۳۷۹۲۴۰۰۷ مدیریت امور پشتیبانی تماس حاصل نموده و نسبت به طرح سؤالات خود اقدام نمایند.

۲- رابطین محترم می‌بایست پس از ثبت اطلاعات متقاضیان در فرمت فایل Excel (نمونه پیوست) نسبت به اصلاح موارد و اشکالات تاپیی 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 نقره ای و طلایی به صورت تفکیک شده ارسال نمایند.

۵- کارکنان متقاضی ثبت نام در بیمه درمان تکمیلی در زمان انتخاب طرح های 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 ثبت نام 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 ثبت نام شدگان با سرانه ماهیانه هر نفر در طرح های انتخابی (نقره‌ای یا طلایی) اقدام نمایند.

۸- حق بیمه سرانه ماهیانه هریک از بیمه‌شدگان از ابتدای مردادماه محاسبه و در لیست حقوق مردادماه سال جاری کسر و به شماره شناسه متعلق به آن مرکز که از طریق شرکت بیمه البرز اعلام خواهد گردید، واریز نمایند.

۹- رابطین امور بیمه در صورت لزوم جهت دریافت لوح فشرده ثبت نام متقاضیان بیمه درمان تکمیلی از روز سه شنبه مورخ ۰۵/۰۵/۱۴۰۰ لغایت یکشنبه ۱۰/۰۵/۱۴۰۰ به دفتر امور بیمه مدیریت امور پشتیبانی واقع در ساختمان شماره سه- طبقه اول- اتاق ۲۰۴ مراجعه نمایند.

۱۰- در صورت ثبت نام متقاضیان بیمه درمان تکمیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰ و بارگذاری اسامی در سامانه شرکت بیمه البرز حذف یا انصراف در طول مدت بیمه‌نامه به هر دلیل یا علت امکان پذیر نخواهد بود.

حمز و ایزدی
مدیر امور پشتیبانی،
رفاهی و تأمین تجهیزات پزشکی