



شماره :۷/۸/۲/۱۲/۱۲/پ...
 تاریخ :۱۴۰۴/۰۵/۲۸...
 ساعت :۱۳:۰۱...
 پیوست :دلر...د

معاونت 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 بند ۳ مصوبه پنجمین جلسه هیأت محترم رئیسه دانشگاه به شماره ۸۷۶۹/۲/د مورخ ۱۴۰۴/۰۴/۲۴ و نامه شماره ۱۴۰۴/۳۷۷۰۲۴ مورخ ۱۴۰۴/۰۵/۱۱ اداره کل شعب بیمه ایران استان اصفهان، بیمه نامه درمان تکمیلی کارکنان در پنج طرح به شرح جدول زیر با تعهدات پیوست جهت انتخاب یکی از طرح های اعلام شده از تاریخ ۱۴۰۴/۰۵/۰۱ به مدت یکسال با شرکت بیمه ایران ارسال می گردد:

طرح عادی	طرح برنزی	طرح نقره ای	طرح طلایی	طرح ویژه
۶/۵۰۰/۰۰۰ ریال	۱۲/۲۰۰/۰۰۰ ریال	۱۴/۲۰۰/۰۰۰ ریال	۱۶/۶۰۰/۰۰۰ ریال	۲۷/۰۰۰/۰۰۰ ریال

شایسته است دستور فرمائید کارشناس محترم امور بیمه درمان تکمیلی آن واحد با رعایت موارد زیر و براساس فرم ثبت نام پیوست نسبت به ثبت نام متقاضیان بیمه درمان تکمیلی اقدام و لیست اطلاعات متقاضیان را تا پایان وقت اداری روز شنبه ۱۴۰۴/۰۶/۰۸ به آدرس: ستاد مرکزی، روبروی ساختمان شماره دو- دفتر شرکت بیمه ایران تحویل نمایند.

۱. در راستای افزایش رضایتمندی کارکنان و پیرو منویات ریاست محترم دانشگاه در خصوص ارتقاء خدمات رفاهی به کارکنان دانشگاه مبلغ ۴/۰۰۰/۰۰۰ ریال ماهیانه بعنوان سرانه رفاهی تعیین و صرفاً به هریک از کارکنان دولتی (رسمی، پیمانی، قراردادی و...) دانشگاه و نیروهای شرکتی تامین نیرو و افراد تحت پوشش آنان که متقاضی بیمه درمان تکمیلی می باشند تعلق خواهد گرفت.

۲. در صورت هرگونه سؤال در خصوص ثبت نام بیمه شدگان، صرفاً کارشناس محترم امور بیمه درمان تکمیلی آن واحد با شماره تماس ۳۷۹۲۴۰۰۷ و شماره تماس ۳۷۹۲۳۹۵۰ (آقای مهندس عمرانیپور) تماس حاصل نمایند.

۳. در صورت نیاز به پیگیری امور بیمه شدگان در طول قرارداد (نماینده و مجری قرارداد) - شرکت خدمات بیمه ای امید (مشاور) با شماره تلفن ۳۲۲۴۳۹۵۱-۳۲۲۴۳۹۶۴-۳۱-۰ و شماره همراه ۰۹۱۳۰۴۸۳۴۴۵ خانم مزروعی پاسخگوی سوالات همکاران محترم خواهد بود.

۴. کارشناس محترم امور بیمه درمان تکمیلی می بایست از طریق لینک:

<https://portal.mui.ac.ir/poshtibani/bimeh> نسبت به ثبت اطلاعات متقاضیان اقدام نماید. لازم به ذکر

است راهنمای آموزشی نحوه ثبت نام به پیوست می باشد.



بسم الله الرحمن الرحيم

شماره :۷/۸/۲/۱۲/۱۲/پ
تاریخ :۱۴۰۴/۰۵/۰۵
ساعت :۱۳:۰۱
پیوست : دلدار

معاونت توسعه مدیریت و منابع

۵. کارکنان متقاضی ثبت نام در بیمه درمان تکمیلی در زمان انتخاب طرح های فوق می توانند نسبت به ثبت نام خود و افراد تحت تکفلشان صرفاً در یکی از طرح های اعلام شده اقدام نموده و در فرم ثبت نام دقیقاً طرح مورد درخواست را ذکر نمایند.
۶. مشمولین ثبت نام بیمه درمان تکمیلی (همسر، فرزند، پدر و مادر) می باشند، لذا از ثبت نام افراد غیرمشمول جدا خودداری گردد.
۷. مسئولین محترم امور مالی واحدها نسبت به کسر حق بیمه ماهیانه هریک از بیمه شدگان متقاضی براساس اطلاعات فرم ثبت نام شدگان با در نظر گرفتن سرانه رفاهی ماهیانه هر نفر در طرح ثبت نام شده اقدام نمایند.
۸. حق بیمه سرانه ماهیانه هریک از بیمه شدگان از ابتدای مردادماه سال جاری محاسبه و از لیست حقوق کسر و به حساب شرکت بیمه ایران واریز گردد.
۹. در صورت ثبت نام متقاضیان بیمه درمان تکمیلی در سال ۱۴۰۵-۱۴۰۴ و بارگذاری اسامی در سامانه شرکت بیمه ایران حذف یا انصراف در طول مدت بیمه نامه به هر دلیل امکان پذیر نخواهد بود.
۱۰. باتوجه به لزوم نظارت و کنترل بر حق بیمه های واریز نیروهای شرکتی تأمین نیرو کارشناس محترم امور بیمه درمان تکمیلی با هماهنگی مسئولین امور مالی واحد نسبت به پرداخت سرانه نیروهای شرکتی تأمین نیرو شاغل در آن مرکز اقدام نمایند.
۱۱. نیروهای شرکتی شاغل که از طریق بخش خصوصی (حجمی، اجاره و...) در واحدهای دانشگاه فعالیت دارند شامل سرانه رفاهی ماهیانه نخواهند بود.
۱۲. کلیه مسئولیت های مالی، حقوقی و مدنی متقاضیان استفاده از بیمه درمان تکمیلی شاغل در بخش خصوصی دانشگاه (قراردادهای حجمی، اجاره) برعهده مدیر عامل شرکت طرف قرارداد می باشد.
۱۳. پرسنل بخش خصوصی که متقاضی استفاده از بیمه درمان تکمیلی دانشگاه می باشند، می بایست طبق فرم ثبت نام پیوست با تایید مدیر عامل شرکت، کارشناس امور بیمه درمان تکمیلی، مسئول محترم امور مالی و مدیر واحد تا پایان زمان ثبت نام اقدام نمایند.
۱۴. پرداخت حق بیمه ماهیانه پرسنل بخش خصوصی توسط مدیرعامل شرکت بصورت ماهیانه پس از کسراز حقوق و یا سایر مزایای پرسنلی به حساب شرکت بیمه ایران واریز و فیش آن به رابط محترم بیمه ای آن واحد جهت مکاتبه و اعلام به شرکت بیمه ایران تحویل گردد.
۱۵. رابطین محترم موظف به اطلاع رسانی دستورالعمل استفاده از خدماتی درمانی و نحوه ارسال مدارک و مستندات هزینه خسارت های درمان که متقابلاً به بیمه شدگان متقاضی اعلام خواهد شد می باشند.
۱۶. شرکت های طرف قرارداد که پرسنل آنان متقاضی استفاده از بیمه تکمیلی می باشند در پایان قرارداد خود با واحد های دانشگاه علاوه بر رعایت کلیه قوانین کار و سازمان تأمین اجتماعی می بایست نسبت به تسویه حساب با رابط

