



شماره:
 تاریخ: ۱۳۹۶/۰۲/۱۳
 پست:

اطلاعیه ثبت نام بیمه تکمیلی درمان گروهی

قابل توجه همکاران محترم علمی و اداری دانشگاه

شماره پیگیری
 ۲۳۶۵۵۶۸

با عنایت به تمدید قرارداد بیمه تکمیلی درمان، عمر و حوادث گروهی دانشگاه علامه طباطبائی با شرکت بیمه پارسیان امکان ثبت نام برای همکاران محترم شاغل علمی و اداری (رسمی، پیمانی، قراردادی و قرارداد همکاری در مدت محدود) و نیز بازنشستگان محترم دانشگاه که تمایل به استفاده از خدمات بیمه تکمیلی را دارند، فراهم شده است. لذا تمامی افراد می توانند از روز یکشنبه مورخ ۱۳۹۶/۰۲/۳۱ لغایت روز چهارشنبه ۱۳۹۶/۰۳/۰۳ صرفاً از طریق سامانه اتوماسیون اداری - بخش خدمات رفاهی نسبت به ثبت نام اقدام نمایند.

همکاران ارجمند لطفاً قبل از ثبت نام به نکات ذیل توجه فرمایید:

- ۱- متقاضیان استفاده از خدمات بیمه تکمیلی درمان در سال ۹۶ می بایست نسبت به ثبت نام در مهلت تعیین شده اقدام نمایند. بدیهی است عدم ثبت نام به منزله انصراف از خدمات بیمه تکمیلی درمان محسوب خواهد شد.
- ۲- متقاضی می بایست قبل از ثبت نام تعهدات طرح ۱ و ۲ بیمه تکمیلی (پیوست) را مطالعه نموده و پس از بررسی اقدام به ثبت نام نماید.
- ۳- بعد از ثبت نام و در صورت استفاده از خدمات بیمه تکمیلی به هیچ عنوان امکان انصراف تا پایان قرارداد (۱۳۹۷/۰۲/۳۱) وجود نخواهد داشت و بیمه شده می بایست حق بیمه خود و افراد تحت تکفل را تا پایان قرارداد پرداخت نماید. برای افرادی که قطع رابطه همکاری با دانشگاه می شوند باید صددرصد حق بیمه شخص و افراد تبعی توسط وی پرداخت گردد.
- ۴- سرانه حق بیمه برای هر یک از بیمه شدگان (سرپرست یا افراد تبعی) جهت طرح ۱ (عادی) ماهیانه مبلغ ۹۰۰/۰۰۰ ریال که چهارصد و پنجاه هزارریال سهم کارمند و چهارصد و پنجاه هزارریال سهم دانشگاه و جهت طرح ۲ (بدون سقف) ماهیانه مبلغ ۱/۱۵۰/۰۰۰ ریال که پانصد و هفتاد و پنج هزار ریال سهم کارمند و پانصد و هفتاد و پنج هزار ریال سهم دانشگاه می باشد.
- ۵- همکاران ارجمند در انتخاب طرح درمانی (عادی/بدون سقف) دقت نمایند زیرا پس از ثبت نام امکان تغییر طرح وجود نخواهد داشت.
- ۶- همکاران گرامی صرفاً می توانند پدر، مادر، همسر، فرزندان (فرزندان ذکور تا سن بیست سال تمام - متولدین بعد از ۱۳۷۶/۰۳/۰۱ و در صورت اشتغال به تحصیل تمام وقت دانشگاهی تا سن بیست و پنج سال تمام - متولدین بعد از ۱۳۷۱/۰۳/۰۱) و فرزندان اناث تا هنگام ازدواج و یا اشتغال به کار) و افراد تحت تکفل قانونی خود را بیمه نمایند.

نشانی: تهران، سازمان مرکزی، بلوار حکیمه المیک، تقاطع بزرگراه شهید بهشت کد پستی: ۱۴۸۹۶۸۴۵۱۱ تلفن: ۱۹-۴۴۷۳۷۵۱۰



شماره:
 تاریخ: ۱۳۹۶/۰۲/۱۳
 پست:

۷- استفاده از کمک هزینه ی ۵۰٪ رفاهی دانشگاه صرفاً برای افراد تحت تکفل قانونی (دارای حکم قطعی کفالت از مراجع ذیصلاح قانونی و یا تصویر دفترچه بیمه خدمات درمانی یا تأمین اجتماعی به تبع بیمه شده اصلی) بوده و می بایست توسط بیمه شده اصلی در هنگام ثبت نام در بخش مربوطه بارگذاری گردد و تا مورخ ۹۶/۰۳/۱۵ به اداره رفاه کارکنان تحویل گردد. درغیراین صورت پرداخت حق بیمه صددرصد بر عهده شخص می باشد.

۸- مدت اعتبار استفاده از خدمات بیمه تکمیلی از تاریخ ۱۳۹۶/۰۳/۰۱ تا ۱۳۹۷/۰۲/۳۱ می باشد.

۹- تعهدات بیمه تکمیلی درمان صرفاً مطابق فایل پیوست می باشد و موارد ذکرنشده خارج از تعهدات می باشند.

۱۰- همکاران گرامی هنگام ثبت نام به اطلاعات سال گذشته دسترسی خواهند داشت، در صورت نیاز به انجام تغییرات، موارد را اصلاح و سپس تغییرات را ذخیره (ثبت) نمایند، در غیر این صورت فقط کافی است دکمه ثبت را کلیک و به مرحله نهایی رفته و جهت بررسی را انتخاب نمایند.

لازم به توضیح می باشد همکاران گرامی هنگام ثبت نام دقت کافی را به عمل آورند، زیرا پس از ثبت اطلاعات، امکان ویرایش وجود نخواهند داشت.

۱۱- کسانی که در طول مدت قرارداد می توانند به لیست افراد بیمه شده اضافه شوند، شامل افراد جدید الاستخدام، کارکنان انتقالی به دانشگاه و همسر کارکنانی که ازدواج کرده اند، می باشند.

۱۲- نوزادان از بدو تولد تحت پوشش بیمه قرار می گیرند منوط به اینکه ظرف مدت یک ماه از زمان تولد، درخواست عضویت از طرف بیمه شده اصلی به اداره رفاه کارکنان ارسال گردد.

۱۳- کلیه هزینه هایی که از سوی شرکت بیمه پرداخت می شوند براساس تعرفه های اعلام شده از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی خواهد بود.

۱۴- همکاران محترم (به جز شاغلین بالای ۶۹ سال تمام، بازنشستگان و قرارداد در مدت محدود) می بایست هنگام ثبت نام تمایل (یا عدم تمایل) خود را نسبت به استفاده از بیمه عمر و حوادث تکمیلی با حق بیمه سالیانه ۱۰۶/۳۵۰/۱۰۶ ریال اعلام نمایند.

۱۵- کارکنان محترم قرارداد همکاری در مدت محدود در صورت تمایل به بهره مندی از خدمات بیمه تکمیلی، مشمول استفاده از ۵۰ درصد کمک هزینه رفاهی دانشگاه نمی باشند و می بایست کل حق بیمه را شخصاً پرداخت نمایند.

۱۶- کارکنان محترم علمی و اداری (رسمی و پیمانی) برای تکمیل قسمت کد مستخدم و تاریخ استخدام به حکم کارگزینی و فیش حقوق در سامانه اتوماسیون اداری مراجعه نمایند و کارکنان محترم قراردادی در بخش کد مستخدم عدد صفر را وارد نمایند.

۱۷- کارکنان محترم شرکت متن آرای جهت ثبت نام می بایست به نماینده شرکت جناب آقای آگاهی مراجعه نمایند.

راهنمای ثبت نام الکترونیکی بیمه تکمیلی درمان سال ۹۶ به پیوست ارسال می گردد.

خاطر نشان می سازد استفاده از خدمات بیمه تکمیلی درمان اختیاری بوده و الزامی در استفاده از آن وجود ندارد.

اداره رفاه کارکنان