اطلاعیــه

قابل توجه کلیه همکاران گرامی

با توجه به اتمام تاریخ بیمه تکمیل درمان و شروع بیمه جدید (بیمه آرمان) از تاریخ 1401/9/25 همکاران گرامی که مایل به استفاده از بیمه تکمیلی می باشند، می توانند درخواست خود را از طریق سایت دانشگاه به آدرس ذیل تا تاریخ 1401/11/05 ثبت نمایید.

صفحه اصلی سایت دانشگاه علوم پزشکی نیشابور از طریق مرورگر chrome به آدرس (www.nums.ac.ir)/ قسمت دسترسی سریع/ قسمت بیمه تکمیلی کارکنان یا لینک

https://www.nums.ac.ir/bime.html

ضمنا همکاران گرامی به نکات زیر توجه نمایید:

- همکاران با توجه به اینکه هیچ کپی و مدرکی ضمیمه فرم ثبت نام نمی باشد، خواهشمند است نهایت دقت را در انتخاب نوع طرح و مبلغ حق بیمه دریافتی را داشته باشند و اطلاعات خواسته شده کامل باشد ، و در صورت داشتن نقص در فرم ثبت نام مسئولیت با کارمند می باشد .

- شرایط و میزان تعهدات بیمه جهت اطلاع همکاران به پیوست ارسال می گردد.

_تاریخ شروع بیمه ادامه بیمه قبل و از تاریخ 1401/09/25 می باشد.

- به درخواست های ارسالی بعد از تاریخ مقرر ترتیب اثر داده نخواهد شد.

- چنانچه فردی فرم درخواست تکمیل و ارسال نموده باشد، بیمه شده تلقی و تا پایان قرارداد امکان انصراف ندارد .

- افرادی که سال 1400-1401 بیمه بوده اند و مجدد می خواهند در بیمه جدید باشند؛ لازم است فرم مربوطه را تکمیل و ارسال نمایند در غیر این صورت بیمه نمی شوند و در لیست جدید نخواهند بود .

- در تاریخ 1401/11/08 لیست متقاضیان از طریق اتوماسیون اداری اطلاع رسانی می گردد همکاران لازم است بررسی نموده و چنانچه به هر علت در لیست نبودند حداکثر تا 5 روز به اداره رفاه دانشگاه مراجعه نمایند، در غیر این صورت بیمه نمی شوند و دیگر امکان بیمه شدن تا پایان قرارداد نمی باشد.

- کارمند لازم است خود را به عنوان فرد اصلی بیمه نماید و افراد تحت تکفل هر کدام به دلخواه بیمه شوند (فرزندان ذکور تا 20 سالگی تمام و در صورت اشتغال به تحصیل در دانشگاه تا 25 سالگی تمام و برای رشته های پزشکی تا 26 سالگی تمام و فرزند دختر تا قبل ازدواج تحت تکفل می باشند).

- کارمند می تواند پدر و مادر خود را نیز بیمه نماید به این صورت که پدر و مادر تحت تکفل و غیر تحت تکفل با همان قیمت بیمه می گردد.

- والدین هم تحت تکفل و هم غیر تحت تکفل فاقد پوشش دندان پزشکی می باشند.

- هرگونه در خواست افزایش بیمه شدگان فقط برای موارد (جدید الاستخدام، انتقالی، ازدواج و تولد فرزند) می باشد و می بایست ظرف مدت یک ماه به شرکت بیمه اعلام گردد. در هر حال تاریخ صدور بیمه اولین روز ماه بعد از اعلام کتبی به بیمه می باشد بجز تولد فرزند که از تاریخ تولد می باشد.

- بیمه تکمیل درمان فرزندان شاهد با اداره بنیاد شهید بوده و در صورت انجام بیمه تکمیل درمان خانواده یا افراد تحت تکفل خود، باید حق بیمه را پرداخت نمایند.

- همکاران فرزند شاهد در تکمیل فرم ثبت نام، همسر خود را به عنوان بیمه شده اصلی و افراد تحت تکفل خود را به عنوان بیمه شده تبعی ثبت نمایند.

- هرگونه در خواست کاهش بیمه شدگان (فوت، اخراج، استعفا، طلاق و پایان خدمت) در صورتیکه دریافت خسارت نداشته باشد می بایست ظرف مدت یک ماه به شرکت بیمه اعلام گردد، در هر حال تاریخ حذف بیمه اولین روز ماه بعد از اعلام کتبی به بیمه می باشد.

- در فرم ثبت نام حتما شماره شبای حساب بانک ملی و شماره همراه که به نام کارمند باشد به صورت خوانا نوشته شود .(جهت پرداخت خسارت)

- مسئولیت ثبت اشتباه فرم بخصوص در قسمت شماره ملی و شبا بعهده فرد متقاضی می باشد.

- همکاران محترم خانم مشخصات خود را در ستون الف و به عنوان بیمه شده اصلی ، و افراد تحت تکفل و غیر تحت تکفل (پدر، مادر، همسر، فرزندان) خود را در ستون ب جدول ثبت نمایند .

- حق بیمه به ازای تعهدات در نظر گرفته شده در طرح نقره ای به مبلغ 1/270/000 ریال (یکصدو بیست و هفت هزار تومان) و در طرح طلایی 3/000/000 ریال (سیصد هزار تومان) برای هر نفر در ماه می باشد که در 7 قسط از حقوق کارکنان کسر می گردد.

****** همکاران در صورت انتخاب نوع طرح (طلایی یا نقره ای) حتماً باید برای افراد تحت تکفل و غیرتحت تکفل هم همان طرح انتخاب شود .**

با تشکر

مدیریت امور پشتیبانی و رفاهی دانشگاه