

اطلاعیه

قابل توجه کلیه همکاران گرامی

با توجه به اتمام تاریخ بیمه تکمیل درمان و شروع بیمه جدید از تاریخ ۱۳۹۸/۹/۲۵ همکاران گرامی که مایل به استفاده از بیمه تکمیلی می باشند می توانند فرم درخواست کتبی پیوست را تکمیل نموده و تا تاریخ ۹۸/۱۰/۲۰ به رابطین رفاهی محل خدمت خود تحویل نمایند.

*همکاران با توجه به اینکه هیچ کپی و مدرکی ضمیمه فرم ثبت نام نمی شود، در تکمیل فرم دقت نمایید که کامل و خوانا باشد .

ضمناً همکاران گرامی به نکات زیر توجه نمایید:

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

-تاریخ شروع بیمه ادامه بیمه قبل و از تاریخ ۱۳۹۸/۰۹/۲۵ می باشد .

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

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

- افرادی که سال ۹۷-۹۸ 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 ۹۸/۱۰/۲۵ لیست متقاضیان از طریق اتوماسین و سایت دانشکده اطلاع رسانی می گردد همکاران لازم است بررسی نموده و چنانچه به هر علت در لیست نبودند حداکثر تا ۵ روز به رفاه دانشکده 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 ۲۰ سالگی تمام و در صورت اشتغال به تحصیل در دانشگاه تا ۲۵ سالگی تمام و برای رشته های پزشکی تا ۲۶ 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 با همان قیمت و غیر تحت تکفل با حق بیمه ۲ برابر.

- چنانچه تعداد افراد به ۱۰۰۰ نفر نرسد زمان انتظار زایمان و سزارین برای بیمه شده های جدید که سال گذشته بیمه نبوده اند ۶ ماه می باشد، دوره انتظار بیماریها ۳ ماه می باشد که شامل :کاتاراکت ، استرابیسم ، پولیپ و انحراف بینی ، جراحی سینوس و لوزه ، جراحی قلب باز ، آنژیوپلاستی عروق کرونر ، نارسایی مزمن کلیه ، دیسک ستون

فقرات ، پروستات ، واریکوسل ، میومکتومی ، هیستریکتومی ، سیستوسل ، رکتوسل ، آنتروسل و خسارتهای درمانی ناشی از حوادث مربوط به ادامه معالجاتی که حادثه قبل از تاریخ بیمه اتفاق افتاده باشد .

- 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.

- 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 .

- کارکنان دارای سهمیه شاهد و ایثارگری لازم است فرم ثبت نام مربوطه را تکمیل نمایند .

- در فرم ثبت نام حتما شماره شبای حساب بانک ملی 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 .

- مبلغ حق بیمه به ازای تعهدات در نظر گرفته شده ۷۸۵/۰۰۰ ریال برای هر نفر در ماه می باشد که از حقوق کسر می گردد .

با تشکر