

## دانشگاه فنی و حرفه‌ای / دانشکده / آموزشکده / کشاورزی / تربیت بدنی

با سلام و احترام

با توجه به رضایت ندی اکثر همکاران همانند سنوات گذشته، قرارداد بیمه مازاد درمان تکمیلی با شرکت سهامی بیمه ایران مجتمع خدمات بیمه‌ای آزادی تهران در قالب یک طرح با جدول تعهدات پیوستی منعقد گردیده است. ضمناً جدول تعهدات به پیوست ارسال می‌گردد.

ضروری است هر یک از مراکز تابعه با رعایت دقیق مفاد بخشنامه، تلاش و کوشش خود را در خصوص اجرای هر چه بهتر این امر و اطلاع‌رسانی‌های لازم در جهت کسب رضایت بیمه‌شدگان معمول نمایند.

مفاهیم:

بیمه‌گر: شرکت سهامی بیمه ایران

بیمه‌گذار: دانشگاه فنی و حرفه‌ای

بیمه‌شدگان: کلیه کارکنان رسمی، پیمانی و قراردادی (اعم از اعضای هیئت علمی و غیر هیئت علمی) به همراه اعضای خانواده تحت تکفل و غیر تحت تکفل ایشان می‌باشد.

**اعضای تحت تکفل:** شامل: همسر، فرزندان، پدر و مادر (که تحت تکفل بیمه‌شده اصلی و دارای نامه کفالت از مراجع قضایی (صرفاً نامه دادگستری و لاغیر) می‌باشند) فرزندان کارکنان اناث (که تحت تکفل بیمه‌شده اصلی و دارای نامه کفالت حضانت از مراجع قضایی (صرفاً نامه دادگستری و لاغیر) می‌باشند).

**تبصره یک:** پدر و مادر کلیه کارکنان و فرزندان کارکنان اناث در صورتی تحت تکفل محسوب می‌شوند که از مراجع ذیصلاح قضایی (صرفاً نامه دادگستری) کفالت و حضانت آنان بر عهده بیمه‌شده اصلی بوده و دارای دفترچه بیمه پایه (خدمات درمانی و یا تأمین اجتماعی) باشند. در زمان ثبت نام مدارک کفالت از طریق سامانه بیمه‌ای اسکن و ارسال گردد در غیر این صورت افراد فوق غیر تحت تکفل محسوب گردیده و پرداخت کل حق بیمه ۳.۴۴۵.۰۰۰ ریال بر عهده بیمه‌شده اصلی می‌باشد.

**اعضای غیر تحت تکفل:** پدر و مادر کلیه کارکنان و همسر و فرزندان کارکنان اناث که دارای نامه کفالت نمی‌باشند و بیمه‌شده اصلی به ازای هر نفر ۳.۴۴۵.۰۰۰ ریال حق بیمه ماهیانه را باید پرداخت نماید. (فرانشیز افراد غیر تحت تکفل ۳۰٪ می‌باشد)



**شرکت مجری:** شرکت بیمه ای پشتوانه اندیشمندان (نماینده حقوقی شرکت سهامی بیمه ایران)

(۱) همکاران متقاضی می‌توانند با مراجعه به سامانه مدیریت اطلاعات دانشگاه فنی و حرفه ای به آدرس <http://refahi.tvu.ac.ir> و وارد نمودن نام کاربری و رمز ورود (کد ملی فرد اصلی) و با انتخاب نوع کاربری بعنوان کارمند وارد شده و در قسمت اداره رفاه بیمه مزاد درمان نسبت به ثبت نام اقدام نمایند. ( در ضمن جدول تعهدات سال ۱۴۰۱ و راهنمای ثبت نام که به پیوست ارسال می گردد و در سامانه مذکور قابل مشاهده می‌باشد.) لذا کلیه عواقب ناشی از عدم اطلاع رسانی به موقع به همکاران محترم به عهده رئیس مرکز می‌باشد، خواهشمند است در این خصوص اهتمام ویژه مبذول فرمایید.

(۲) کلیه همکاران محترم می‌بایستی هر ماه فیش حقوقی خود را جهت کسر حق بیمه تکمیلی بررسی نموده و در صورت بروز هر گونه مغایرتی جهت کسر حق بیمه از طریق مسئول امور مالی مرکز با این اداره کل مکاتبه فرمایید.

(۳) کلیه همکاران محترم جهت اطمینان از ثبت افراد در سامانه بیمه ایران به سایت بیمه ایران من(راهنمای ثبت نام در سامانه ایران من به پیوست ارسال می گردد.) مراجعه نمایید.

(۴) مهلت ثبت نام همکاران محترم تا روز چهارشنبه مورخ ۱۴۰۱/۰۱/۳۱ می‌باشد. لازم به ذکر است کلیه همکاران محترم مکلف می‌باشند حتماً در بازه فوق‌الذکر نسبت به تأیید یا عدم تأیید درخواست بیمه‌ای اقدام نمایند، در غیر اینصورت تمامی عواقب این امر به عهده همکار بوده و دانشگاه هیچ گونه تعهدی مبنی بر اضافه یا کسر افراد ثبت نامی در خارج از این بازه نخواهد داشت.

(۵) پس از تاریخ مذکور ثبت بیمه‌ای افراد در طول مدت قرارداد به هیچ عنوان امکان پذیر نمی باشد مگر (در قالب موارد ذکر شده در بند ۷).

(۶) حق بیمه قرارداد سال ۱۴۰۱ به ازای هر نفر ۳.۴۴۵.۰۰۰ ریال می باشد که مبلغ ۱.۷۲۲.۵۰۰ ریال آن توسط دانشگاه برای بیمه شده اصلی و افراد تحت تکفل (سهم کارفرما) پرداخت، مبلغ ۱.۷۲۲.۵۰۰ ریال هم از حقوق کسر می گردد ( سهم کارمند ) و برای افراد غیر تحت تکفل کل حق بیمه ۳.۴۴۵.۰۰۰ ریال از حقوق فرد اصلی کسر می‌گردد.



۷) افزایش در تعداد بیمه شدگان در طول مدت قرارداد صرفاً منوط به نیروهای جدیدالاستخدام، ازدواج، تولد و انتقال از سایر دستگاههای دولتی می‌باشد. همچنین مدارک مورد نیاز جهت افزایش (کپی کارت ملی، کپی صفحه اول شناسنامه، کپی صفحه اول دفترچه درمانی، کپی حکم کارگزینی امضای شده و ممهور به مهر رئیس مرکز، شماره حساب و شماره شبای بانک تجارت، شماره همراه، تاریخ استخدام اولیه) می‌باشد. درخواست عضویت باید حداکثر تا ۱۵ روز بعد از تاریخ اجرای حکم کارگزینی، عقد رسمی و تولد با ارسال نامه کتبی اعلام گردد و ملاک پوشش بیمه ای برای مستخدمین جدید

، مزدوجین، متولدین جدید از تاریخ ارسال نامه به اداره کل می‌باشد. کلیه مدارک مذکور فقط از طریق ارسال اتوماسیون اداری به این اداره کل مورد تأیید می‌باشد.

- ✓ نوزادان از بدو تولد تحت پوشش این بیمه نامه می‌باشند، مشروط بر اینکه ظرف مدت ۱۵ روز از تاریخ تولد کلیه مدارک مورد نیاز به همراه نامه کتبی از طریق اتوماسیون اداری به این اداره کل ارسال گردد. (مطابق فرم یک پیوستی).
- ✓ برای ثبت نام فرزندان پسر با سن بیش از ۱۸ سال ارسال گواهی اشتغال به تحصیل تمام وقت (تا ۲۵ سال برای رشته های غیر پزشکی و تا ۲۶ سال برای رشته های پزشکی) الزامی می‌باشد و فرزندان دختر تا قبل از ازدواج یا اشتغال به کار تحت پوشش این بیمه نامه می‌باشند.
- ✓ اضافه و کسر افراد در سامانه حقوق و دستمزد منوط به تأیید اداره کل پشتیبانی و امور رفاهی می‌باشد.

۸) ثبت اطلاعات جانبازان محترم و خانواده های محترمشان و نیز فرزندان شهید با پرداخت حق بیمه به صورت کامل معادل هر نفر ۳.۴۴۵.۰۰۰ ریال همراه با کسر حقوق، انجام خواهد شد.

۹) صرفاً فرزندان ذکور شهیدا می‌توانند همسر و فرزندان خود را با پرداخت سهم کارمند به ازای هر نفر بیمه نمایند. (فرد اصلی شامل این قانون نمی‌باشد اما لازمه بیمه نمودن همسر و فرزندان بیمه بودن فرد اصلی با پرداخت کل حق بیمه می‌باشد).

۱۰) در صورتی که همکاران محترم به افتخار بازنشستگی نائل می‌گردند یا همکاران اناث قراردادی که به مرخصی زایمان می‌روند و یا همکارانی که به مرخصی استعلاجی می‌روند و حقوق آنان از دانشگاه قطع می



گردد، می‌بایستی ده روز قبل از صدور حکم، از طریق امور اداری مرکز به اداره کل اطلاع داده شود تا در صورت نیاز همکار در خصوص استفاده از خدمات بیمه‌ای حق بیمه فرد اصلی و افراد تبعی مذکور توسط

شخص همکار به صورت کامل و برای تمام افراد، معادل ۳.۴۴۵.۰۰۰ ریال بابت هر نفر به ازای هر ماه و تا پایان دوره بیمه‌ای به تاریخ ۱۴۰۲/۰۱/۳۱) به صورت یکجا به شماره حساب ۴۴۳۳۵۶۷۱۶۲ بانک ملت شعبه نورآباد ممسنی فارس کد ۳۶۳۰۱ واریز و یک نسخه از فیش واریزی از طریق اتوماسیون اداری به اداره کل پشتیبانی و امور بیمه‌ای ارسال گردد.

۱۱) بدیهی است در صورت قطع رابطه حقوقی بنا به هر دلیلی (مرخصی بدون حقوق، مرخصی زایمان، استعلاجی و...) و عدم اطلاع مرکز، همکار و عدم واریز حق بیمه، بیمه تکمیلی همکار قطع گردیده و مسئولیت خسارت وارده بر عهده رئیس مرکز می‌باشد.

۱۲) راه‌های ارتباطی با شرکت مجری برای دریافت معرفی نامه بیمارستانی و سایر امور به شرح ذیل می‌باشد.

شماره تلفن‌های شرکت پشتوانه اندیشمندان :

آقای سید امین الدین آزمون: ۰۹۱۲۱۹۷۶۶۹۴

۰۲۱-۴۵۱۲۶ داخلی ۱۱۱ خانم قلی زاده

۰۲۱-۴۵۱۲۶ داخلی ۱۰۴ خانم علایی

پست الکترونیکی : iranins@yahoo.com

سرویس پیام کوتاه ۳۰۰۰۵۳۶۴۹۳

۱۳) کلیه مراکز از مکاتبه مستقیم با شرکت پشتوانه اندیشمندان جداً خودداری نمایند و کلیه مکاتبات اداری از طرف این اداره کل صورت می‌پذیرد.

۱۴) مهلت تحویل مدارک به بیمه ایران برای تسویه هزینه های بیمارستانی ۳ ماه بعد از ترخیص از بیمارستان و حداکثر ۱۰ روز بعد از دریافت چک بیمه پایه (خدمات درمانی و تامین اجتماعی) و مهلت دریافت مدارک پاراکلینیکی ۲ ماه بعد از انجام آن خواهد بود در غیر اینصورت دانشگاه و شرکت سهامی بیمه ایران تعهدی در پرداخت خسارت نخواهد داشت.

۱۵) پرداخت کلیه هزینه‌های درمانی بالای ۵.۰۰۰.۰۰۰ ریال منوط به ارائه رسید دستگاه پوز بانکی می باشد.

۱۶) پرداخت هزینه‌های درمانی دندانپزشکی بالای ۵.۰۰۰.۰۰۰ ریال علاوه بر دریافت رسید دستگاه پوز بانکی نیاز به تایید دندانپزشک معتمد بیمه ایران می باشد.

۱۷) در صورت ثبت نام افراد غیر واجد شرایط و اظهار نامه کذب و ارائه مدارک نادرست نام فرد و افراد زیر مجموعه از لیست بیمه حذف و وجه پرداخت شده به هیچ عنوان عودت داده نخواهد شد و تمام هزینه‌های دریافت شده پس از اعلام بیمه گر با هماهنگی اداره کل امور مالی از بیمه شده دریافت خواهد گردید.

۱۸). همکاران محترم می‌توانند جهت آگاهی از خدمات درمانی قابل ارائه در مراکز طرف قرارداد بیمه ایران به نشانی اینترنتی <http://hcpinformation.iraninsurance.ir> مراجعه نمایند لذا پیشنهاد می‌گردد قبل از مراجعه به مراکز ذکر شده طی تماس تلفنی از ادامه همکاری مرکز مربوطه با بیمه ایران اطمینان حاصل نمایید.

ناصر فتاحی  
مدیرکل پشتیبانی و امور رفاهی

