



شماره:

۱۱۰/۳۵۲۴۴

تاریخ:

۱۴۰۱/۰۴/۰۴

پیوست:

دارد

جناب آقای دکتر حمید واحدی، معاون محترم آموزشی
جناب آقای دکتر محمدحسن امامیان، معاون محترم تحقیقات و فناوری
جناب آقای دکتر سید شاهرخ آقایان، معاون محترم دانشجویی و فرهنگی
جناب آقای دکتر آرش صید آبادی، معاون محترم بهداشتی دانشگاه و رئیس مرکز بهداشت شهرستان
سرکار خانم دکتر سولماز میرزامحمدی، معاون محترم غذا و دارو
جناب آقای دکتر حمیدرضا بیکی، سرپرست محترم معاونت درمان
جناب آقای دکتر هوفر رفیعی، سرپرست محترم مرکز آموزشی، پژوهشی درمانی امام حسین (ع)
جناب آقای دکتر مجتبی فولادی، رئیس محترم مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی بهار
جناب آقای دکتر علیرضا مصری پور علویچه، مدیر محترم شبکه بهداشت و درمان شهرستان میامی و رئیس مرکز درمانی امام رضا (ع) میامی
سرکار خانم دکتر فرحناز جان محمدی، رئیس محترم اورژانس پیش بیمارستانی و مدیر حوادث دانشگاه
سرکار خانم اشرف سادات میری، مسئول محترم دفتر

سلام علیکم،

با صلوات بر محمد و آل محمد (ص) و با احترام، نظر به مناقصه برگزار شده بین شرکتهای ذیصلاح بیمه‌ای به اطلاع می‌رساند؛ شرکت بیمه البرز به عنوان بیمه‌گر طرف قرارداد دانشگاه در زمینه بیمه تکمیل درمان کارکنان از تاریخ ۱۴۰۱/۰۴/۰۱ به مدت یک سال و با مبلغ ماهیانه ۲.۲۰۰.۰۰۰ ریال به ازای هر نفر انتخاب گردیده است؛ خواهشمند است دستور فرمایید مراتب زیر و جدول تعهدات و تغییرات (به شرح جدول پیوست) به اطلاع کارکنان آن معاونت/مرکز به منظور ثبت نام رسانیده شود.

ماده ۱) شرایط ثبت نام

- ثبت نام از روز جاری لغایت ۱۴۰۱/۰۴/۲۰ انجام خواهد شد و مدت ثبت نام تحت هیچ شرایطی تمدید نخواهد شد و مطابق قوانین، امکان اضافه و کسر شدن افراد صرفاً منحصر به شرایط موجود در ماده ۲ این نامه می‌باشد. از این رو، به کلیه کارکنان محترم اعلام می‌گردد پس از تاریخ اعلام شده، تحت هیچ شرایطی به درخواست‌های جدید مبنی بر بهره‌مندی و یا حذف از امتیاز بیمه تکمیل درمان ترتیب اثر داده نخواهد شد و دانشگاه مسئولیتی در این خصوص ندارد.
- کارکنان متقاضی به منظور ثبت نام (خود، همسر، فرزندان، افراد تحت تکفل و غیر تحت تکفل) می‌بایست به امور رفاهی یا امور عمومی (خدمات) هر معاونت/مرکز مراجعه و فرم مخصوص ثبت نام را دریافت نموده و پس از تکمیل، به واحد پیشگفت تحویل داده و در قبال آن رسید دریافت نمایند. لازم به توضیح است، هرگونه پیگیری نسبت به اعتراض همکاران در خصوص قصور در ثبت نام از جانب واحدهای ذیربط، صرفاً در قبال ارائه رسید مربوطه امکان پذیر می‌باشد. در غیر اینصورت، مسئولیت هرگونه مغایرت و یا عدم ثبت نام به عهده شخص متقاضی می‌باشد.
- کلیه کارکنان رسمی، پیمانی، قراردادی و مشمولان قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان (دوره طرح آنها از ۱۴۰۱/۰۴/۰۱ لغایت ۱۴۰۲/۰۴/۰۱ ادامه‌دار باشد) و اعضای هیات علمی می‌توانند از خدمات بیمه تکمیل درمان بهره‌مند گردند.
- کلیه کارکنان موقت در صورت تمایل می‌توانند همسر و فرزندان خود را همانند سایر بیمه‌شدگان با پرداخت حق بیمه یکسان صرفاً در ابتدای قرارداد تحت پوشش بیمه تکمیل درمان قرار دهند.

ماده ۲) شرایط افزایش و کاهش در طی مدت قرارداد

- متولدین جدید: مبدا پرداخت حق بیمه از روز اول ماه ولادت و مبدا استفاده از خدمات بیمه‌ای از روز ولادت
- ازدواج پرسنل: مبدا پرداخت حق بیمه و استفاده از خدمات بیمه‌ای از اولین روز ماه اعلام کتبی مناقصه‌گزار
- فوت، خروج از کفالت، قطع رابطه استخدامی و ازدواج فرزندان پرسنل: مبدا کاهش حق بیمه از ابتدای ماه وصول اعلام کتبی مناقصه‌گزار
- خدمت نظام وظیفه فرزندان پرسنل: مبدا کاهش حق بیمه از تاریخ اعزام به خدمت
- فرزندان اثاث که حکم طلاق بر آنها در طول مدت قرارداد صادر گردیده: با توجه به اینکه مجدداً تحت پوشش پدر خود قرار گرفته‌اند، می‌توانند تا پایان قرارداد مشروط به



شماره:

۱۱۰/۳۵۲۴۴

تاریخ:

۱۴۰۱/۰۴/۰۴

موضوع:

دارد

مجرد بودن بیمه شده و عدم اشتغال به کار، از اولین روز ماه اعلام کتبی مناقصه گزار تحت پوشش بیمه نامه قرار می گیرند.

- افراد مستعفی، فوتی، بازنشسته، انتقالی، اخراجی و قطع همکاری: از اولین روز ماه بعد از درخواست کتبی که برای شرکت بیمه طرف قرارداد ارسال شده از وی حق بیمه دریافت نخواهد شد (حق بیمه ماه های قبل به وی پرداخت نخواهد شد) و در صورتی که از ابتدای قرارداد هزینه دریافت کرده باشد حق بیمه تا آخر قرارداد از وی کسر خواهد شد.

ماده ۳ (وظایف کارگزینی در طی مدت قرارداد)

- تایید اسامی افراد ثبت نام شده در بیمه تکمیل درمان (کارمند و همسر، فرزندان، افراد تحت تکلف و غیر تحت تکلف) در ابتدای قرارداد و ارسال برای مدیریت امور پشتیبانی و رفاهی به منظور ارائه به شرکت بیمه البرز
- انجام مکاتبات و ارسال مدارک و مستندات لازم جهت افزایش و کاهش در طول مدت قرارداد به مدیریت امور پشتیبانی و رفاهی (به همراه مدارک لازم) برای ارائه به شرکت بیمه البرز ماده

ماده ۴ (وظایف امور مالی در طی مدت قرارداد)

- انجام امور مربوط به کسورات ماهانه بیمه شدگان و واریز مبلغ کسر شده (حداکثر ۲ روز پس از واریز کسورات حقوق) هر ماه به حساب بیمه طرف قرارداد (شرکت بیمه البرز) و ارسال مدارک لازم به امور مالی ستاد دانشگاه (ساختمان البرز) به منظور ارائه به شرکت بیمه طرف قرارداد.
- در صورت افزایش و کاهش در تعداد نفرات، امور مالی واحد موظف است پس از دریافت نامه این معاونت (به همراه تصویر نامه شرکت بیمه البرز مبنی بر پذیرش افزایش و یا کاهش افراد)، نسبت به کسر از حقوق و یا حذف کسور بیمه اقدام نمایند.

ماده ۵ (نحوه جمع آوری مدارک و مستندات هزینه ای درمانی توسط بیمه البرز)

- برای سهولت در ارائه مدارک هزینه های درمانی و پیگیری های بعدی ضروری است نسبت به نصب سامانه سیناد البرز بر روی گوشی تلفن همراه و یا بر روی رایانه خود اقدام نموده و پس از فعال سازی آن نسبت به ارسال تصاویر مدارک (همه مدارک به جز مدارک بیمارستانی) هزینه درمان خود (عکس بردای توسط تلفن همراه) اقدام نمایند. صرفاً در صورت کامل بودن مدارک هزینه به حساب بیمه شده واریز می گردد. شایان ذکر است همکاران محترم می توانند کلیه فرآیندها و وضعیت پرداخت خسارت بیمه خود را از طریق سامانه مذکور مشاهده و پیگیری نمایند و در مرحله بعد همکاران محترم می بایست مدارک هزینه های درمان خود را که در سامانه بارگذاری نموده اند، در زمان های تعیین شده که متعاقباً اعلام خواهد شد به کارشناسان بیمه البرز تحویل نمایند.
- ضمناً جناب آقای حسن اسدی (کارشناس امور رفاهی این معاونت)، با شماره تماس ۳۲۳۹۱۵۷۰ پاسخگوی پرسش های احتمالی همکاران خواهد بود.

دکتر صادق یوسفی

معاون توسعه مدیریت و منابع

رونوشت: جناب آقای رضا محمد زمانی، مدیر محترم روابط عمومی - جهت اطلاع رسانی

شاهرود - میدان هفت تیر - بلوار آیت .. طلهری - خیابان شیخ فضل .. دوری - میدان البرز - خیابان آیت ... بهجت

معاونت توسعه مدیریت و منابع

کدپستی ۳۶۱۴۷۹۹۸۱ - تلفن: ۰۳۲۳۲۳۹۳۸۰۳-۹ - دورنگار: ۰۳۲۳۲۳۹۳۸۱۸