

## دانشکده / آموزشکده / کشاورزی / تربیت بدنی

با سلام و احترام

با استحضار می‌رساند قرارداد بیمه مزاد درمان و عمر تکمیلی، با شرکت بیمه ایران در قالب یک طرح با جدول تعهدات پیوستی منعقد گردیده است .

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 اطلاع رسانی های لازم در جهت کسب رضایت بیمه شدگان معمول نمایند.

مفاهیم:

**بیمه گر:** بیمه ایران

**بیمه گذار:** دانشگاه فنی و حرفه ای

**بیمه شدگان :** 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 که دارای دفترچه بیمه پایه می باشد .

**مدارک مورد نیاز جهت بارگذاری حین ثبت نام ( صرفاً برای فرزندان بالای ۱۸ سال و افزودن افراد جدید به جدول):**

**۱- شناسنامه صفحه اول و مشخصات همسر و فرزندان ۲- کارت ملی ۳- مستندات مربوط به**

**کفالت ( در صورت نیاز به احراز کفالت ) ۴- گواهی اشتغال به تحصیل ( برای فرزندان ذکور بالای**

**۱۸ سال )**

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

**تبصره یک :** پدر و مادر کلیه کارکنان و فرزندان کارکنان اناث در صورتی تحت تکفل محسوب می شوند که از مراجع ذیصلاح قضایی (صرفاً نامه دادگستری) کفالت و حضانت آنان بر عهده بیمه شده اصلی بوده و دارای دفترچه بیمه پایه (خدمات درمانی و یا تأمین اجتماعی) باشند. در زمان ثبت نام مدارک کفالت از طریق سامانه بیمه ای اسکن و ارسال گردد در غیر این صورت افراد فوق غیر تحت تکفل محسوب گردیده و پرداخت کل حق بیمه ۶,۰۰۰,۰۰۰ ریال بر عهده بیمه شده اصلی می باشد.

**اعضای غیر تحت تکفل :** پدر و مادر کلیه کارکنان و همسر و فرزندان کارکنان اناث که دارای نامه کفالت نمی باشند و بیمه شده اصلی به ازای هر نفر ۶,۰۰۰,۰۰۰ ریال حق بیمه ماهیانه را باید پرداخت نماید.

۱- همکاران متقاضی می توانند با مراجعه به سامانه مروارید و وارد نمودن نام کاربری و رمز ورود و با انتخاب منو خدمات الکترونیکی نسبت به ثبت نام اقدام نمایند. ( در ضمن جدول تعهدات سال ۱۴۰۲ و راهنمای ثبت نام

که به پیوست ارسال می گردد در سامانه مذکور قابل مشاهده می باشد.) لذا کلیه عواقب ناشی از عدم اطلاع رسانی به موقع به همکاران محترم به عهده رئیس مرکز می باشد، خواهشمند است در این خصوص اهتمام ویژه مبذول فرمایید.

۲- کلیه همکاران محترم می بایستی 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- مهلت ثبت نام بیمه تکمیلی درمان و عمر تکمیلی همکاران شاغل از تاریخ ۱۴۰۲/۰۲/۰۵ لغایت ۱۴۰۲/۰۲/۰۶ می باشد و همکاران بازنشسته این دانشگاه میتوانند نسبت به ثبت نام بیمه عمر تکمیلی از تاریخ ۱۴۰۲/۰۲/۰۹ لغایت ۱۴۰۲/۰۲/۱۰ اقدام نمایند. لازم به ذکر است کلیه همکاران محترم مکلف می باشند حتماً در بازه فوق الذکر نسبت به ثبت نام، بررسی اطلاعات ثبت نامی و تایید اطلاعات 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.

۴- مبلغ سالیانه حق بیمه عمر تکمیلی ۲,۹۸۸,۶۰۰ ریال و سرمایه نهایی با تعهد مالی ۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال برای شاغلین و بازنشستگان میباشد.

۵- ثبت نام بیمه عمر تکمیلی برای شاغلین به صورت فعال سازی گزینه درخواست بیمه عمر تکمیلی همزمان با ثبت نام بیمه تکمیلی درمان میباشد. در خصوص ثبت نام بیمه عمر تکمیلی همکاران بازنشسته متعاقباً آموزش های لازم به حضور ارسال خواهد شد.

۶- پس از تاریخ مذکور ثبت بیمه ای افراد در طول مدت قرارداد به هیچ عنوان امکان پذیر نمی باشد مگر (در قالب موارد ذکر شده در بند ۸).

۷- حق بیمه قرارداد سال ۱۴۰۲ به ازای هر نفر ۶,۰۰۰,۰۰۰ ریال می باشد که مبلغ ۳,۰۰۰,۰۰۰ ریال آن توسط دانشگاه برای بیمه شده اصلی و افراد تحت تکفل (سهم کارفرما) پرداخت، مبلغ ۳,۰۰۰,۰۰۰ ریال هم از حقوق ایشان کسر می گردد (سهم کارمند) و برای افراد غیر تحت تکفل کل حق بیمه ۶,۰۰۰,۰۰۰ ریال از حقوق فرد اصلی کسر می گردد.

۸- افزایش در تعداد بیمه شدگان در طول مدت قرارداد صرفاً منوط به نیروهای جدید استخدام، ازدواج، تولد و انتقال از سایر دستگاه های دولتی می باشد. 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 شبا، شماره همراه، تاریخ استخدام اولیه) فرم شماره ۱) می باشد. 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 می باشد . کلیه مدارک مذکور فقط از طریق ارسال اتوماسیون اداری به این اداره کل مورد تأیید می باشد.

۷-۱ نوزادان از بدو تولد تحت پوشش این بیمه نامه می باشند، 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.  
۷-۲ 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 می باشد و فرزندان دختر تا قبل از ازدواج یا اشتغال به کار تحت پوشش این بیمه نامه می باشند .

**۷-۳ اضافه و کسر افراد در سامانه حقوق و دستمزد منوط به تأیید اداره کل پشتیبانی و امور رفاهی می باشد.**

۹- ثبت اطلاعات جانبازان محترم و خانواده های محترمشان و نیز فرزندان شهید با پرداخت حق بیمه به صورت کامل معادل هر نفر ۶,۰۰۰,۰۰۰ ریال همراه با کسر حقوق، انجام خواهد شد.

۱۰- صرفاً فرزندان ذکور شهدا می توانند همسر و فرزندان خود را با پرداخت سهم کارمند به ازای هر نفر بیمه نمایند. ( فرد اصلی شامل این قانون نمی باشد اما لازمه بیمه نمودن همسر و فرزندان بیمه بودن فرد اصلی با پرداخت کل حق بیمه می باشد).

۱۱- در صورتی که همکاران محترم به افتخار بازنشستگی نائل می گردند یا همکاران اناث که به مرخصی زایمان می روند و یا همکارانی که به مرخصی استعلاجی می روند و حقوق آنان از دانشگاه قطع می گردد، می بایستی ده روز قبل از صدور حکم، از طریق امور اداری مرکز و امور رفاهی مرکز به اداره کل پشتیبانی اطلاع رسانی شده تا در صورت نیاز همکار در خصوص استفاده از خدمات بیمه ای حق بیمه فرد اصلی و افراد تبعی مذکور توسط شخص همکار به صورت کامل و برای تمام افراد، معادل ۶,۰۰۰,۰۰۰ ریال بابت هر نفر به ازای هر ماه و تا پایان دوره بیمه ای به تاریخ ۱۳۱/۰۱/۱۴۰۳) به صورت یکجا به شماره حسابی که از طریق اداره رفاه سازمان مرکزی در اختیار همکاران قرار خواهد گرفت واریز و یک نسخه از فیش واریزی از طریق اتوماسیون اداری به اداره کل پشتیبانی و امور بیمه ای ارسال گردد.

۱۲- 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 می باشد.

۱۳- کلیه مراکز از مکاتبه مستقیم با شرکت بیمه **جداً خودداری** نمایند و کلیه مکاتبات اداری از طرف این اداره کل صورت می پذیرد.

۱۴- مهلت و نحوه تحویل مدارک به بیمه ایران از طریق بخشنامه های ابلاغی از طرف اداره کل پشتیبانی به اطلاع همکاران خواهد رسید.

۱۵- 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 هزینه های دریافت شده پس از اعلام بیمه گر با هماهنگی اداره کل امور مالی از بیمه شده دریافت خواهد گردید.

۱۶- همکاران محترم می توانند جهت آگاهی از خدمات درمانی قابل ارائه در مراکز طرف قرارداد بیمه ایران به نشانی اینترنتی شرکت مذکور مراجعه نمایند لذا پیشنهاد می گردد قبل از مراجعه به مراکز ذکر شده طی تماس تلفنی از ادامه همکاری مرکز مربوطه با بیمه ایران اطمینان حاصل نمایید.