

قابل توجه اعضای محترم هیأت علمی و کارکنان ارجمند دانشگاه

شرایط و تعهدات بیمه تکمیلی درمانی دانشگاه ۹۹-۹۸

به استحضار کلیه اعضای محترم هیأت علمی و کارکنان گرامی شاغل دانشگاه (رسمی، پیمانی، قراردادی و روزمزد بیمه‌ای) می‌رساند "بیمه تکمیلی درمان" دانشگاهیان محترم از تاریخ ۹۸/۳/۱ لغایت ۹۹/۳/۱ با شرکت بیمه ایران (شرکت خدمات بیمه‌ای اسطوره) و با شرایط و تعهدات ذیل منعقد شده است. لذا مقتضی است کلیه همکاران همانند سال قبل با مراجعه به پرتال شخصی (پویا) قسمت اداری و مالی - زیرمنوی بیمه تکمیلی (بعد از مطالعه راهنمای ثبت‌نام) نسبت به ثبت‌نام و یا ایجاد تغییرات (حذف یا اضافه) اقدام لازم را به عمل آورند. (بعد از مشاهده و تکمیل مشخصات الزاماً بایستی گزینه **ذخیره** را کلیک نمایید).

مهلت ثبت نام: **از روز سه شنبه ۹۸/۳/۲۱ لغایت پایان وقت اداری روز شنبه ۹۸/۳/۲۵**

مهم: لازم به یادآوری می‌باشد عدم ارسال درخواست از طریق پرتال شخصی به منزله **انصراف** از خدمات بیمه تکمیلی سال ۹۹-۹۸ می‌باشد.

✓ **توجه ۱:** **سرانه حق بیمه** درمان با تعهد دندان پزشکی (طرح شماره ۱) به مبلغ ۱/۲۵۰/۰۰۰ ریال و بدون تعهد

دندان پزشکی (طرح شماره ۲) به مبلغ ۱/۱۰۰/۰۰۰ ریال می‌باشد.

✓ نظر به مصوبه هیأت رئیسه محترم دانشگاه، **۵۰ درصد** مبلغ حق بیمه جهت سرپرست دانشگاهی (مرد و زن

سرپرست خانوار) و افراد تحت تکفل قانونی و پدر و مادر ایشان توسط دانشگاه به عنوان یارانه بخشی از هزینه حق

بیمه پرداخت می‌گردد.

✓ (۵۰ درصد به عهده دانشگاه و ۵۰ درصد به عهده متقاضی)

✓ **توجه ۲:** " بر اساس مصوبه مجلس شورای اسلامی تاریخ ۹۷/۱۰/۱۹ و تأیید شورای محترم نگهبان (بند ب ماده ۱۳)

مبنی بر اینکه خدمات بهداشتی و بیمه درمانی مکمل آزادگان ، جانبازان ، ایثارگران شاغل و غیر شاغل، بازنشسته و افراد تحت تکفل آنها و والدین، همسران و فرزندان شهدا به عهده **بنیاد شهید و امور ایثارگران** است . لذا این دسته از همکاران نیاز به مراجعه به پرتال و تکمیل فرم **ندارند** . بدیهی است هر کدام از آزادگان ، جانبازان ، ایثارگران شاغل و فرزندان شاهد که علاوه بر بیمه تکمیلی بنیاد شهید، **تمایل** به استفاده از بیمه تکمیلی درمان دانشگاه (بیمه ایران) را دارند، **مشابه دیگر کارمندان** با آنان رفتار خواهد شد . (تسهیلات مشابه سایر همکاران)

✓ **توجه ۳:** شرایط و تعهدات به شرح ذیل می باشد.

❖ طرح گروهی فول درمان طرح شماره ۱ (با تعهد دندان پزشکی)

❖ طرح گروهی فول درمان طرح شماره ۲ (بدون تعهد دندان پزشکی)

✓ **توجه ۴:** افرادی می توانند به صورت وابسته به فرد اصلی تحت پوشش بیمه تکمیلی قرار گیرند به شرح ذیل می باشد.

✓ الف) همسر کارکنان مرد و زن سرپرست دانشگاهی .

▪ **تبصره:** همسر و فرزندان کارکنان **زن** دانشگاهی (غیر سرپرست) مشمول یارانه ۵۰ درصد **نمی شوند** .

ب) فرزندان ذکور تا سن ۲۰ سال تمام و در صورت اشتغال به تحصیل تا سن ۲۵ سال تمام و دانشجویان رشته پزشکی تا ۲۶ سال و فرزندان اناث مادامی که شاغل نبوده (بیمه نداشته باشد) و یا ازدوج نکرده باشند.

ج) پدر و مادر (صرف داشتن دفترچه بیمه)

د) سایرین (خواهر، برادر ، نوه و ...) مشروط بر ارائه مدارک مثبت قانونی تحت تکفل. (به اداره کارگزینی ارائه گردد.)

✓ **توجه ۵:** پرسنل استخدام جدید، انتقالی، همسر پرسنلی که ازدواج نموده اند و یا افرادی که در طول مدت قرارداد

تحت کفالت قانونی بیمه شده اصلی درآمده اند در صورتی می توانند تحت پوشش بیمه تکمیلی قرار گیرند که

حداکثر ظرف مدت ۲۵ روز پس از تاریخ حکم، کفالت و ازدواج به ستاد رفاهی مراجعه نمایند تا به شرکت بیمه معرفی شوند.

✓ **توجه ۶:** نوزادان تازه متولد شده نیز منوط به اینکه حداکثر ظرف مدت ۵۰ روز از تاریخ تولد به شرکت بیمه معرفی شوند می توانند از بدو تولد تحت پوشش قرار گیرند.

✓ **توجه ۷:** صحت اطلاعات ارسالی به عهده متقاضیان خواهد بود، لذا خواهشمند است نهایت دقت صورت پذیرد
تامشکلی در روند بیمه تکمیلی ایجاد نشود.

با آرزوی سلامتی و شادکامی: **ستاد رفاهی**