

۲۵/۲۳۰/۲۸۶۷

۱۳۹۴/۰۳/۱۲

ندارد

دانشکده / آموزشکده فنی و حرفه‌ای / کشاورزی / تربیت بدنی

با سلام و احترام

ضمن تبریک اعیاد شعبانیه و آرزوی بهروزی و سلامتی همکاران محترم، بسته قرارداد بیمه مازاد درمان (تکمیلی طلایی) و (تکمیلی نوع دوم) و صدور بیمه شخص ثالث و بیمه بدنه ، آتش سوزی ، بیمه عمر مصوب و تکمیلی با شرکت بیمه دانا - نمایندگی شماره ۹۲۱۴ سر کار خانم نیازی منعقد شده است، اجرای کامل قرارداد و شیوه نامه پیوست در قالب این بسته بیمه ای به روسای مراکز ابلاغ می گردد؛ با توجه به اهمیت موضوع، شایسته است مراکز تابعه به نحو مطلوب موارد ذیل را اطلاع رسانی فرمایند.

تعاریف قرارداد:

بیمه‌گر: شرکت بیمه دانا (نمایندگی ۹۲۱۴ تهران)

بیمه‌گزار: دانشگاه فنی و حرفه ای

مراکز: منظور سازمان/ دانشکده/ آموزشکده‌های فنی و حرفه‌ای، کشاورزی و تربیت بدنی دانشگاه فنی و حرفه‌ای می‌باشند.

نمایندگی مجری: نمایندگی شماره ۹۲۱۴ سر کار خانم نیازی که موظف به پیگیری مستمر و هماهنگی مقتضی و لازم جهت انجام تعهدات مندرج در قرارداد های فی مابین تا حل و رفع کامل مشکلات که مورد نیاز مراکز می باشد اقدام نماید.

مدت زمان قرارداد و مبلغ قرارداد:

تاریخ شروع قرارداد از تاریخ ۹۴/۰۳/۰۱ لغایت ساعت ۲۴ /۰۲/۳۱ / ۹۵ اعلام میگردد.

موارد و مراحل اجرایی قراردادها

الف) بیمه مازاد در مان (تکمیلی در مانی طلایی و تکمیلی نوع دوم)

- ۱- همکاران محترم معرفی شده از سوی دانشکده/ آموزشکده به عنوان مسؤول امور رفاهی و بیمه مرکز می باشند و مکلف به اجراء و هماهنگی های لازم از طریق ارسال نامه رسمی به معاونت اداری و مالی دانشگاه می باشند.
- ۲- قبل از توزیع فرم‌های مربوطه برای جمع‌آوری اطلاعات متن تعهدات مازاد درمان (طلایی و نوع دوم) را سریعاً به رویت و اطلاع تمامی همکاران برسد. و پس رفع مشکلات و سئوالات احتمالی نسبت به تکمیل آنان اقدام فرمایند.

ندارد

۳- برای حذف اطلاعات (غیرشاغلین، تبعی غیر مشمول شاغلین و منصرفین شاغل) و متوقف شدن کسر حق بیمه ی بیمه ی مازاد درمان (طلایی) و درمان تکمیلی این افراد ضروری است تکمیل نمودن فرم شماره ۱۲ گروهی که این فرم صرفاً در قالب فایل **Excel**، بدون عکس و زیپ و تغییر در مفاهیم فونت و اندازه باشد.

۴- برای ثبت و ویرایش اطلاعات همکاران متقاضی جدید و بیمه های مازاد درمان طلایی و درمان تکمیلی مدارک ذیل مورد نیاز می باشد.

تبصره ۱: با توجه به جدید بودن شرکت بیمه گر (بیمه دانا) می بایست همه همکارانی که تاکنون تحت پوشش بیمه ی مازاد درمان بوده اند فرم های مورد نیاز شماره یک الی سه را تکمیل نموده و در محل اشتغال تحویل و به انضمام مدارک بایگانی گردد.

- ❖ فرم های شماره ۱، ۲، ۳ بر حسب نوع تقاضا ممهور به مهر و امضاء دانشکده / آموزشکده
- ❖ تصاویر صفحات شناسنامه متقاضی و افراد تبعی
- ❖ تصویر پشت و روی کارت ملی متقاضی و افراد تبعی
- ❖ فیش حقوقی بیمه شده اصلی
- ❖ صفحه اول دفترچه بیمه پایه متقاضی و افراد تبعی
- ❖ اصل گواهی اشتغال به تحصیل برای فرزندان ذکور با سن بیش از ۲۲ سال
- ❖ تصویر حکم کارگزینی که انتقال، ازدواج و تولد در آن اعمال شده باشد.
- ❖ ۱ قطعه عکس ۴*۳ پرسنلی. متقاضی و افراد تبعی جهت صدور کارت بیمه شده

تذکر: تمام مدارک فوق توسط مسئولین رفاهی مراکز برابر با اصل شده و برای موارد افزایشی بیمه شده اصلی مدارک به صورت جداگانه در یک پوشه طلایی شفاف با گیره دو پایه جمع آوری شود (به طوری که پوشه از سمت راست باز شود و به ترتیب اولین برگ فرم درخواست و آخرین برگ حکم کارگزینی باشد)

و به انضمام فرم گروهی شماره ۱۲ الف ایجادی و شماره ۱۲ کاهشی نامه اداری روکش شده و داخل یک پاکت مناسب به آدرس پستی سازمان مرکزی دانشگاه فنی و حرفه ای اداره تعاون و امور رفاهی حد اکثر تا مورخ ۲۵/۳/۹۴ ارسال گردد.

۵- **در صورت وجود عوامل افزایشی در طول سال بیمه ای:** برای منتقلین ،

مزدوجین و متولدین حداکثر تا یک ماه پس از تاریخ صدور حکم انتقال، ثبت ازدواج یا ولادت فرزندان و پدر و مادر ضمن داشتن معرفی نامه و مدارک مثبت به مراجعه به شعب و یا نمایندگان منتخب بیمه دانا در شهر محل کار انجام می پذیرد و مقتضی است مراتب طی یک نامه رسمی از طریق اتوماسیون به سازمان مرکزی دانشگاه

ندارد

فنی و حرفه ای اداره ی تعاون وامور رفاهی را مطلع فرمایید تا مطابق مقررات کسورات انجام پذیرد.

تبصره ۲: حق بیمه های مازاد درمان و درمان تکمیلی می بایست حتماً پس ایجاد در سیستم درمان (با توجه به زمان شروع یوشش از ابتدای هرماه) از حقوق متقاضی کسر گردد .

۶- مراکز با نامه ی اداری برای هماهنگی های لازم برای دریافت خسارت و معرفی نامه درمان به نزدیک ترین شعب و نمایندگی های مشخص شده توسط بیمه گر (بیمه ی دانا) مراجعه نمایند، در صورت عدم ارائه ی خدمات مراتب بصورت نامه اداری به **اداره ی تعاون و رفاه دانشگاه** ارسال گردد. تا پیگیری های مقتضی صورت پذیرد.

۷- مدارک مور نیاز جهت انجام امور بیمه ای بدین صورت می باشد اگر مرکز درمانی و یا بیمارستان طرف قرارداد بیمه دانا باشد در امور بستری ، اورژانسی ، یا غیر اورژانسی با نشان دادن کارت بیمه شده و امور خدمات در مانی انجام خواهد گردید . در غیر اینصورت برای درمانهای سرپایی و پاراکلینیکی با دریافت معرفی نامه از شعب یا نمایندگی مشخص شده می توانید امور درمانی را پیگیری فرمایید . و در صورت مراجعه به سایر مراکز در مانی پس پرداخت هزینه می بایست کلیه مدارک پزشکی (اصل و کپی) به همراه کپی کارت طلایی و صفحه اول بیمه شده به انضمام فرم درخواست به شعب یا نمایندگی های منتخب تحویل نموده و ظرف مدت ده روز هزینه ها به حساب واریز می گردد.

۸- مسؤلین تعاون و رفاه پس از دریافت کارت های بیمه شدگان بر اساس لیست پیوست به کمک همکار متقاضی مشخصات شناسنامه ای و شماره ملی روی کارت ها را کنترل و پس از اعلام همکار مبنی بر درستی مشخصات برای الصاق عکس، مهر نمودن و امضای لیست اقدام نمایند.

۹- لازم به توضیح می باشد در صورت مفقود شدن کارت های بیمه شدگان مراتب به شعب و نمایندگی های منتخب سریعاً اطلاع داده شود تا در اسرع وقت اقدامات لازم صورت پذیرد.

۱۰- قبل از قطع رابطه ی حقوقی همکارانی که (بازنشستگی، انتقال برون سازمانی، مرخصی بدون حقوق) دارند، با آنها می بایست تسویه حساب انجام شود لذا **مسؤل محترم تعاون و رفاه مرکز**، کل حق بیمه ی سهم سرپرست و افراد تحت تکفل به همراه سهم دستگاه را محاسبه نموده و با الزام همکار مبنی بر واریز حق بیمه ی درمان در یک مرحله و یکجا به **شماره حساب** و

ندارد

لیست اسامی را با ذکر مشخصات: نام و نام خانوادگی، کد پرسنلی، کد ملی، نوع استخدام و زمان شروع پوشش به همراه نامه‌ی اداری حداکثر تا **پنجم** هرماه به اداره رفاه و بیمه سازمان مرکزی دانشگاه فنی و حرفه‌ای اعلام.. و در صورتی که این اقدام صورت نگیرد تا پایان قرارداد حق بیمه از سر جمع کسور مرکز مبدا برداشت می شود.

۱۱- همکاری که بین مراکز تابعه دانشگاه منتقل می شوند حکم کارگزینی مربوط به انتقال و گواهی حقوقی همکار به انضمام نامه‌ی اداری تا **پنجم** هرماه از طریق اتوماسیون اداری، به **اداره تعاون و رفاه ارسال فرمایند** تا کسر حق بیمه در مرکز مقصد ادامه یابد. در صورتی که این اقدام صورت نگیرد تا **پایان قرارداد** پرداخت حق بیمه بر عهده‌ی مرکز مبدأ می‌باشد.

۱۲- هزینه بیمه درمان تکمیلی در مجموع ۴۰۰۰۰۰ ریال می باشد که برای بیمه شده اصلی و خانواده ایشان بشرح ۲۰۰/۰۰۰ ریال به ازای هرنفر توسط بیمه شده اصلی در سیستم حقوق اعمال خواهد شد.

تبصره ۳: اگر بیمه شده اصلی تمایل به بیمه نمودن پدر، تحت تکفل یا کسر نمودن کل حق بیمه (۴۰۰/۰۰۰) ریال امکان پذیر می باشد.

ب) بیمه شخص ثالث و بدنه خودروها:

۱- انجام امور بیمه ای شخص ثالث و بدنه به صورت اقساطی بوده و در ۸ قسط به صورت ماهیانه و در صورت دارا بودن شرایط از ذینفع توسط مرکز کسر و به حساب نمایندگی ۹۲۱۴ سرکار خانم نیازی بیمه دانا به شماره **حساب.....** واریز گردد.

۲- مدارک مورد نیاز جهت صدور بیمه نامه شخص ثالث:

* تکمیل فرم تقاضا که به تایید امور مالی و امور رفاهی و رئیس مرکز رسیده باشد

* ارایه اصل بیمه نامه سال گذشته

* کپی کارت ماشین

* کپی کارت ملی مالک خودرو

تبصره ۴: بیمه دانا متعهد شده است به اضافه تخفیفات قانونی ۱۰ درصد تخفیف

مختص به دانشگاه فنی و حرفه‌ای را به سرجمع حق بیمه اعمال نماید.

لازم به توضیح می باشد برای انجام صدور بیمه نامه بدنه کلیه مراحل فوق می بایست انجام گردد.

۱۳- مسؤولین محترم تعاون و امور رفاهی جهت دریافت هزینه‌های خسارت و یا سفارش بیمه‌ی ثالث و بدنه‌ی اتومبیل نهایت دقت را در تحویل مدارک و

ندارد

مستندات همکاران داشته و فرم روکش پرونده‌ی درمانی و بیمه‌ی اتومبیل را به طور کامل تکمیل و مهر و امضا نموده و برای خود نیز کلاسه بایگانی داشته باشند.

۱۴- شماره حساب شرکت مجری (نمایندگی ۹۲۱۴ سر کار خانم نیازی) برای واریز تمامی حق بیمه‌ها به جز حق بیمه مازاد درمان طلایی و عمر مصوب و شاغلین (که به صورت متمرکز از حقوق برداشت می گردد) نزد بانک تجارت **شعبه می باشد.** که می بایست حق بیمه‌ها به تفکیک نوع و مبلغ دقیق آن، تعداد اقساط تعیین شده در بیمه نامه عیناً به صورت جداگانه به حساب تعیین شده واریز گردد. و به انضمام لیست اسامی را با ذکر مشخصات: نام و نام خانوادگی، کد پرسنلی، کد ملی، نوع استخدام و زمان شروع پوشش که شماره سریال فیش واریزی و شماره بیمه نامه‌ها صادره در آن قید شده باشد اسکن شده و در هر مرحله حداکثر تا دهم هر ماه به همراه نامه‌ی اداری به نمایندگی مذکور و رونوشت به اداره رفاه و بیمه سازمان مرکزی دانشگاه فنی و حرفه ای ارسال نمایند.

توضیحات مربوط به انواع بیمه‌ها

الف: بیمه‌ی مازاد درمان (طلایی) و نحوه‌ی پرداخت حق بیمه

مراکز می‌بایست با رعایت مفاد این قرارداد برای همکاران متقاضی شاغل رسمی، پیمانی و قرارداد کار معین به همراه افراد تحت تکفل آنان، شامل همسر و فرزندان از تاریخ ۱۳۹۴/۰۳/۱ لغایت ۱۳۹۵/۰۲/۳۱ ماهیانه پنجاه درصد از کل حق بیمه (۴۰۰۰۰۰ ریال) از حقوق همکار کسر نمایند ضمناً حق بیمه با احتساب آمار هر مرکز از سرجمع کسور آن مرکز ماهیانه توسط امور مالی دانشگاه برداشت می گردد.

تبصره ۵: در خصوص همکاران انتقالی جدید از تاریخ انتقال با تکمیل فرم مربوط و پیوست نمودن مدارک تنظیم نامه‌ی اداری از اداره تعاون و امور رفاهی تقاضای ثبت اطلاعات در سامانه گردد.

روش های استفاده از خدمات بیمه‌ی مازاد درمان طلایی :

۱- مراجعه به مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه‌ی دانا : همکاران محترم در سراسر کشور می توانند، با دریافت معرفی نامه به مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه‌ی دانا با توجه به تعهدات و مفاد قرارداد از خدمات بیمه‌ی ای بهرمنند گردند، توصیه اکید می گردد، برای جلوگیری از هزینه‌های غیر قابل برگشت، همکاران از این روش استفاده نمایند، ضمناً مراکز درمانی طرف قرارداد هر تخصص از طریق پرتال بیمه‌ی

ندارد

دانا به آدرس قابل مشاهده و چاپ می باشد، در صورت عدم ارائه خدمات مراکز درمانی طرف قرار داد بیمه دانا از طریق شماره تماس های ۵۵۰۷۹۲۸۴ و ۵۵۰۴۴۱۲۴ و ۵۵۰۲۱- در ساعات اداری و با شماره همراه ۰۹۱۲۵۰۸۱۲۶۴ با ذکر نام مراکز درمانی موارد قابل پیگیری می باشد.

تبصره ۶: برای مواردی که به هر دلیل استفاده از کارت بیمه شده درمان مقدور نباشد، معرفی نامه با ارائه مدارک ذیل از طرف شعبات بیمه دانا به مراکز درمانی صادر خواهد شد:

اصل گواهی پزشک معالج مبنی بر نوع بیماری یا عمل جراحی، معرفی نامه ی بیمه- گذار، تصویر شناسنامه و دفترچه ی بیمه شده ی اصلی و بیمار (برای فرزندان بالای ۱۸ سال اصل شناسنامه الزامی است)، اصل کارت ملی، تصویر فرم تأیید شده ی درخواست متقاضیان استفاده از بیمه ی مزاد درمان (طلایی) و درمان تکمیلی، نیاز می باشد.

۲- استفاده از خدمات مراکز درمانی غیر طرف قرارداد بیمه ی دانا

مدارک مورد نیاز برای دریافت انواع خسارت های مراکز درمانی غیر طرف قرار داد بیمه دانا ضمن رعایت مفاد و تعهدات قرارداد و تعرفه ها شامل:

➤ درمان سرپایی: اصل فاکتور صورت هزینه ها، دستور پزشک، تصویر جواب آزمایشات

➤ درمان بستری: شرح عمل، رسید کامل اقلام دارو، دستور پزشک، صورت حساب کامل بیمارستان، خلاصه پرونده

➤ خسارت های درمان دارویی: نسخه مهر شده پزشک در دفترچه، مهر داروخانه، مشخص شدن ارقام ریالی سهم سازمان و بیمار

➤ خسارت های درمان ویزیت: دستور مهر شده پزشک در هر سه برگ دفترچه بیمه، یا دستور پزشک در سربرگ و پرینت مهر شده مرکز درمانی

مدارک و صورت هزینه های پرداخت شده به همراه فرم روکش (شماره ۴) به مسئولین تعاون و امور رفاهی مرکز محل کار تحویل نمایند تا در قالب پرونده ی درمانی به طور کامل و در دو نسخه (یک نسخه برای ارسال کننده ی مدارک و یک نسخه برای تحویل گیرنده ی مدارک)، تکمیل و مهر و امضا نموده و به نزدیک ترین شعبه ی بیمه ی دانا تحویل دهند و یا به شرکت مجری ارسال نمایند.

ب: بیمه ی درمان تکمیلی (قرارداد نوع دوم)

۱- مرکز با رعایت مفاد این قرارداد برای همکاران متقاضی این نوع پوشش بیمه ای (بیمه ی پدر و مادر کارکنان رسمی، پیمانی و قراردادی، همسر کارکنان انات از تاریخ

۲۵/۲۳۰/۲۸۶۷

۱۳۹۴/۰۳/۱۲

ندارد

۱۳۹۴/۰۳/۰۱ لغایت ۹۴/۰۲/۳۱ اقدام نموده و حق بیمه‌ی را ماهیانه مبلغ ۱۸۰۰۰۰ ریال توسط مرکز از حقوق همکاران کسر و به حساب شماره‌ی شرکت مجری بیمه دانا نمایندگی ۹۲۱۴ سرکار خانم نیازی تا دهم هرماه واریز و فیش واریزی به انضمام لیست اسامی را با ذکر مشخصات: نام و نام خانوادگی، کد پرسنلی، کد ملی، نوع استخدام و زمان شروع پوشش که شماره سریال فیش واریزی و شماره بیمه نامه ها صادره در آن قید شده باشد اسکن نموده و حداکثر تا دهم هر ماه به همراه نامه‌ی اداری به آدرس الکترونیکی ارسال نمایند. شیوه‌ی استفاده از این نوع پوشش بیمه‌ای با توجه به مفاد قرارداد و رعایت سقف تعهدات، مانند بیمه‌ی طلایی ن می‌باشد و در صورت نیاز معرفی‌نامه از شرکت مجری درخواست گردد.

تبصره ۷: در خصوص همکاران انتقالی جدید از زمان انتقال با تکمیل فرم مربوط و پیوست نمودن مدارک ذکر شده در و تنظیم نامه‌ی اداری از اداره تعاون و امور رفاهی تقاضای ثبت اطلاعات در سامانه گردد.

نحوه دریافت خسارت‌های درمان مراکز غیر طرف قرار دادها هر دو روش ذیل امکان پذیر می باشد:

۱- ارائه‌ی مدارک به نزدیک‌ترین شعبه‌ی بیمه‌ی دانا توسط مسؤول محترم تعاون و امور رفاهی مرکز با توجه به هماهنگی‌های قبلی.

شرکت مجری متعهد شده است از زمان تحویل مدارک کامل و بدون نقص، هزینه‌های انجام‌شده را در خصوص قرارداد مازاد درمان (طلایی) و قرارداد درمان تکمیلی (قرارداد دوم) را با توجه به جدول تعهدات و تعرفه‌های بیمه‌ی دانا حداکثر ظرف مدت ۱۵ روز کاری به حساب همکاران واریز و از طریق ارسال پیامک به ذی‌نفع مراتب را اطلاع دهد.

ج: بیمه‌ی عمر مصوب پرسنل شاغل: مرکز موظف است با رعایت مفاد این قرارداد برای تمامی همکاران شاغل رسمی، پیمانی، قرارداد کار معین و بازنشستگان از مورخه ۱۳۹۴/۰۱/۰۱ لغایت ۱۳۹۵/۰۱/۰۱ این نوع پوشش بیمه‌ای را درخواست نموده در ابتدا نسبت به پر کردن جدول شماره ۱ تا مورخ ۱۳۹۴/۰۳/۲۰ اقدام و بر اساس جدول فوق فرمهای ذیل را تکمیل نمایید:

❖ **بیمه عمر مصوب پرسنل شاغل و بازنشسته:** لیست اسامی پرسنل رسمی، پیمانی و قراردادی فقط در فرم شماره ۱۰ بدون تغییر عناوین از طریق اتو ماسیون اداری به اداره کل امور عمومی و پشتیبانی با نام عمر ۹۴- ضروری است در خصوص همکاران

۲۵/۲۳۰/۲۸۶۷

۱۳۹۴/۰۳/۱۲

ندارد

انتقالی یا جدیدالاستخدام جدید از زمان انتقال و یا استخدام با انجام موارد مذکور درخواست در اسرع وقت در قالب **فرم شماره ۱۰** درخواست پوشش گردد.
تبصره ۸: تعهدات پرداختی خسارت فوت و ازکارافتادگی مبلغ ۳۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال می‌باشد.

لیست اسامی را در قالب فرم **Excel فرم شماره ۱۰/۲** تا مورخ ۱۳۹۴/۰۳/۲۵ به آدرس الکترونیکی omr@Tvu.ac.ir ارسال شود.

۵: بیمه‌ی عمر تکمیلی: مرکز باید برای همکاران متقاضی شاغل رسمی، پیمانی و قرارداد کار معین این نوع پوشش بیمه‌ای را از مورخه ۱۳۹۴/۰۱/۰۱ لغایت ۱۳۹۴/۱۲/۲۹ اعمال و حق بیمه‌ی ماهیانه به مبلغ ۳۸۱۵۰ ریال برای مدت یکسال مبلغ ۴۵۷۸۰۰ ریال می‌باشد که این مبلغ از حقوق متقاضیان در خردادماه جاری به صورت یک مرحله‌ای کسر می‌شود لیست اسامی پرسنل رسمی، پیمانی و قراردادی فقط در قالب فرم شماره ۱۰/۱ را تا تاریخ ۱۳۹۳/۰۳/۲۵ به آدرس الکترونیکی omr@Tvu.ac.ir اعمال نمایند.

تبصره ۹: تعهدات پرداختی خسارت حادثه و فوت مبلغ ۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰ (یکصد میلیون ریال) می‌باشد.

تبصره ۱۰: برای دریافت غرامت حوادث وفوت عمر و حوادث اجباری و عمر تکمیلی با توجه به مفاد بخشنامه شماره ۲۵/۲۳۰/۹۷۳۰ مورخه ۲۵/۱۱/۲۶ به انضمام مدارک مورد نیاز و فرم‌های مربوط در ۷ صفحه اقدام شود، مقتضی است مراکز عند الزوم فرم‌ها را تکمیل و در موعد‌های اشاره شده به اداره تعاون و امور رفاهی از طریق آدرس پستی اعلام شده ارسال نمایند.

ذ: بیمه‌ی اتومبیل‌های شخصی و دولتی: همکاران متقاضی شاغل رسمی، پیمانی و قرارداد کار معین برای استفاده از تسهیلات بیمه‌ی شخص ثالث و بدنه با تعداد اقساط حداکثر ۸ قسط و تخفیف‌های مصوب، ۱۰ روز قبل از اتمام بیمه‌نامه‌های خود به ادارات تعاون و امور رفاهی و یا امور اداری مراکز مراجعه نموده و دو فرم درخواست (شماره ۱/۲ و ۶/۲) را تکمیل نمایند. همکاران فرم بازدید بدنه را از شعب بیمه ایران تهیه نمایند، مسئولین تعاون و رفاه مدارک و مستندات شامل اصل برگ بیمه‌نامه و کارت اتومبیل همکار را بررسی نموده به شعب و نمایندگی‌های بیمه‌ی دانا مراجعه نمایند و در مراکز کلاسه‌ی بایگانی تشکیل دهند. متعاقباً پس از دریافت بیمه‌نامه و مشخص شدن تعداد اقساط، مبالغ اقساط را از طریق امور مالی مرکز مطابق با برگ تعیین اقساط اعمال نمایند، (تعداد اقساط و مبلغ آن به هیچ عنوان کم یازید نشود) همچنین مبالغ بیمه‌های شخص ثالث و بدنه را به **حساب شماره‌ی** تا دهم هرامه

۲۵/۲۳۰/۲۸۶۷

۱۳۹۴/۰۳/۱۲

ندارد

واریز و فیش واریزی به انضمام لیست اسامی را با ذکر مشخصات: نام و نام خانوادگی، کدپرسنلی، کد ملی، نوع استخدام و زمان شروع پوشش که شماره سریال فیش واریزی و شماره بیمه نامه ها صادره در آن قید شده باشد اسکن شده و در هر مرحله حداکثر تا دهم هر ماه به همراه نامه‌ی اداری به آدرس الکترونیکی ارسال نمایند.

تبصره ۱۱: در خصوص اتومبیل‌های دولتی حق بیمه‌ی مربوط یک‌مرحله‌ای پرداخت شده و موارد فوق نیز رعایت و انجام شود.

ر: بیمه‌ی آتش‌سوزی و خطرات اضافی واحدهای اداری، آتش‌سوزی و خطرات اضافی منازل شخصی

همکاران محترم برای استفاده از این نوع پوشش بیمه‌ای ضمن توجه به مفاد قرارداد و تکمیل فرم‌های پیوست (فرم شماره ۸ برای منازل شخصی و فرم شماره ۹ برای اماکن اداری)، نوع پوشش را انتخاب فرمایید. حق بیمه‌ی مربوط از حقوق همکاران کسروبه حساب شماره‌ی تا دهم هر ماه واریز و فیش واریزی به انضمام لیست اسامی را با ذکر مشخصات: نام و نام خانوادگی، کدپرسنلی، کد ملی، نوع استخدام و زمان شروع پوشش که شماره سریال فیش واریزی و شماره بیمه نامه ها صادره در آن قید شده باشد اسکن شده و در هر مرحله حداکثر تا دهم هر ماه به همراه نامه‌ی اداری به آدرس الکترونیکی ارسال نمایند.

آدرس و شماره‌ها تماس شرکت مجری:

شماره‌های تماس: ۵۵۰۴۴۱۲۴ - ۰۲۱ - ۰۹۱۲۵۰۸۱۲۶۴

شماره فاکس: ۵۵۰۷۹۲۸۴ - ۰۲۱

آدرس پستی: آدرس الکترونیکی:

شماره حساب برای تمامی حق بیمه‌ها واریزی نزد بانک تجارت شعبه می باشد.

آدرس و تماس همکاران اداره تعاون وامور رفاهی:

آدرس پستی: تهران، میدان ونک، خیابان برزیل شرقی، پلاک ۴، صندوق

پستی ۱۴۳۵۷۶۳۸۱۱، سازمان مرکزی دانشگاه فنی و حرفه ای

رئیس اداره تعاون وامور رفاهی: ۰۲۱۴۲۳۵۰۲۳۶

کارشناس بیمه درمان: ۰۲۱۴۲۳۵۰۲۶۲

۲۵/۲۳۰/۲۸۶۷

۱۳۹۴/۰۳/۱۲

ندارد

شماره فاکس: ۰۲۱۸۸۱۹۳۹۸۸

آدرس پست الکترونیکی بیمه های درمان : refah@tvu.ac.ir

آدرس پست الکترونیکی بیمه های عمر: omr@Tvu.ac.ir

فهرست و توضیح فرم‌های مورد نیاز:

فرم شماره ۱: مخصوص درخواست پوشش بیمه‌ای مازاد درمان (طلایی) کارکنان

رسمی، پیمانی و قراردادی شاغل و افراد تحت تکفل ایشان

فرم شماره ۲: مخصوص پوشش بیمه‌ی درمان تکمیلی (قرارداد نوع دوم) که شامل: پدر و

مادر همکاران رسمی و پیمانی، قراردادی غیر تحت تکفل و همچنین همسر همکاران اناث که

مشمول بیمه مازاد درمان طلایی ۲ نمی باشند.

فرم شماره ۳: مخصوص پوشش بیمه‌ی درمان طلایی ۲ با پرداخت کل حق بیمه (سه‌م

دستگاه و کارمند) که شامل: پدر و مادر همکاران رسمی، پیمانی و قراردادی تحت تکفل (به

تبع بیمه‌شده‌ی اصلی دارای دفترچه‌ی بیمه پایه) میباشند.

تبصره: خود همکار نیز باید تحت پوشش بیمه‌ی مازاد درمان (طلایی) قرار داشته باشد.

تبصره: بیمه شده به تبع بیمه شده اصلی دارای دفترچه بیمه پایه باشد.

فرم شماره ۴: مخصوص اعلام خسارت درمان گروهی (این فرم روکش مدارک و مستندات

درمانی خواهد شد.)

فرم شماره ۵: مخصوص اعلام خسارت مازاد درمان تکمیلی (قرارداد دوم) (این فرم روکش

مدارک و مستندات درمانی خواهد شد.)

جدول شماره ۱: تعداد نفرات تحت پوشش بیمه عمر و بیمه تکمیلی مراکز تابعه دانشگاه فنی و حرفه

ای در سال ۱۳۹۳ است.

جدول شماره ۲: تعداد نفرات تحت پوشش بیمه طلایی، تکمیلی، طلایی نوع دوم مراکز تابعه دانشگاه

فنی و حرفه ای در سال ۱۳۹۴ است.

فرم شماره ۶/۱ و ۶/۲: مخصوص درخواست استفاده از تسهیلات تقسیط بیمه‌ی شخص

ثالث و بدنه

فرم شماره ۷: مخصوص درخواست بیمه‌ی بدنه‌ی خودرو (گزارش بازدید اولیه‌ی اتومبیل)

فرم شماره ۸: مخصوص درخواست بیمه‌ی آتش‌سوزی منازل مسکونی

فرم شماره ۹: مخصوص درخواست بیمه‌ی آتش‌سوزی واحدهای اداری، آموزشی، رفاهی،

ورزشی، درمانی و سایر مراکز دانشگاه فنی و حرفه‌ای

فرم های شماره ۱۰ بیمه های عمر:

فرم شماره ۱۰: مخصوص ارسال آمار و مشخصات نفرات بیمه‌ی عمر مصوب شاغلین

فرم شماره ۱۰/۱: مخصوص ارسال آمار و مشخصات نفرات بیمه‌ی عمر تکمیلی شاغلین

۲۵/۲۳۰/۲۸۶۷

۱۳۹۴/۰۳/۱۲

ندارد

فرم شماره ۱۱: فرم تعیین ذی نفع (استفاده کننده/ استفاده کنندگان از سرمایه‌ی بیمه‌های عمر)

مخصوص ارسال آمار و مشخصات نفرات حذفی و ایجاد و شاغلین بیمه‌ی مزاد درمان طلایی و درمان تکمیلی (قرارداد نوع دوم)

فرم شماره ۱۳: مخصوص درخواست پوشش بیمه‌ی عمر تکمیلی شاغلین است.

زمانبندی: تکمیل و ارسال اطلاعات اولیه

ردیف	نام فرم یا جدول	حد اکثر مهلت	ارسال به نشانی
۱	ارسال فرم حذفی شماره ۱۲	۹۴/۰۳/۲۵	refah@tvu.ac.ir
۲	جدول شماره ۲	۹۴/۰۳/۲۵	refah@tvu.ac.ir
۳	جدول شماره ۱	۹۴/۰۳/۲۵	omr@tvu.ac.ir
۴	فرم شماره ۱۰		omr@tvu.ac.ir
۵	فرم شماره ۱۰/۱		
۶	اصل فرم word تایید شده ایجاد شماره ۱۲ به انضمام مدارک	۹۴/۰۳/۲۵	به آدرس پستی اداره تعاون وامور رفاهی دانشگاه فنی و حرفه ای

ضمن عرض پوزش از تمامی همکاران به دلیل وقفه پیش آمده در ارسال بخشنامه‌ی اجرایی بیمه‌ی سال ۱۳۹۴ خواهشمند است حداکثر تا ۹۴/۰۳/۲۵ نسبت به ارسال موارد درخواست شده‌ی جدول فوق اقدام نمایید تا اقدامات بعدی صورت گیرد ضمناً نواقص و موارد اعلام نشده در دستور عمل فوق متعاقباً به اطلاع مراکز خواهد رسید.

۲۵/۲۳۰/۲۸۶۷

۱۳۹۴/۰۳/۱۲

ندارد

ناصر شمس
قائم مقام و معاون اداری و مالی