

اطلاعیه

به اطلاع همکاران محترم دانشگاه ارومیه می‌رساند بعد از طی مراحل اداری، بیمه دی به عنوان بیمه تکمیلی درمان سال ۱۴۰۲-۱۴۰۳ واجد شرایط شناخته شده‌است. لذا کلیه همکاران محترم لازم است با مطالعه دقیق شرایط زیر، تقاضای عضویت خود را حداکثر تا تاریخ ۱۴۰۲/۰۷/۲۶ به مدیریت امور اداری دانشگاه-امور بیمه و بازنشستگی از طریق دبیرخانه قسمت مربوطه ارسال نمایند.

نکات مهم در خصوص شرایط عضویت:

- ۱- مدت قرارداد از تاریخ ۱۴۰۲/۰۸/۰۱ لغایت ۱۴۰۳/۰۷/۳۰ می‌باشد.
 - ۲- مبلغ حق بیمه برای هر نفر ۵۷۰۰۰۰۰ ریال می‌باشد که ۵۰٪ سهم کارمند و ۵۰٪ سهم دانشگاه خواهد بود.
 - ۳- شرایط عضویت خود و افراد تبعی همکاران شاغل به شرح زیر می‌باشد:
 - ۱-۳- آقایان همکار می‌توانند همسر، فرزندان و پدر و مادر خود را عضو بیمه تکمیلی نمایند. در صورتیکه پدر و مادر یا فرزندان تحت تکفل فرد نباشد، حق بیمه آنان بصورت کامل از شخص کسر خواهد شد.
 - ۲-۳- بانوان همکار نیز می‌توانند همسر، فرزندان و پدر و مادر خود را عضو بیمه تکمیلی نمایند. در صورتیکه هریک از این افراد تحت تکفل فرد نباشد، حق بیمه آنان بصورت کامل از شخص کسر خواهد شد.
 - ۳-۳- فرم‌های عضویت بیمه تکمیلی بصورت فایل اکسل پیوست این اطلاعیه می‌باشد که لازم است همکاران متقاضی آن فایل اکسل را دانلود و بصورت دقیق و کامل تکمیل نمایند و صرفاً بصورت فایل اکسل از دبیرخانه قسمت مربوطه‌ای که در آنجا مشغول به کار هستند حداکثر تا تاریخ ۱۴۰۲/۰۷/۲۶ به کارتابل کارگزین بیمه و بازنشستگی (خانم اصغری) بصورت نامه یا پیش نویس ارسال نمایند.
 - ۴-۳- لازم است پیش‌نویس فایل‌های اکسل ارسالی از دبیرخانه‌ها برای هر همکار بصورت جداگانه و با موضوع "تقاضای بیمه تکمیلی آقای/خانم..." به این مدیریت ارسال گردد. حتماً نام بیمه شده اصلی در موضوع نامه قید شود.
- * لازم است در صورت داشتن مستندات تحت تکفل بودن افراد تبعی، این مدارک نیز به همراه فایل اکسل، به کارگزین بیمه و بازنشستگی ارسال گردد (صحت مدارک ارسالی به عهده هر فرد بوده و طبق بررسی‌هایی که انجام خواهد گرفت، در صورت احراز مغایرت می‌بایست جبران خسارت نماید).

- این نوع مدارک برای همکاران بیمه‌ای، تاییدیه از سازمان تامین اجتماعی با کپی صفحه اول دفترچه بیمه خود و فرد تبعی و برای کارکنان رسمی تاییدیه از دادگستری با کپی دفترچه بیمه خود و فرد تبعی می‌باشد.

- برای فرزندان ذکور در صورت اتمام بیست سالگی، ارائه گواهی اشتغال به تحصیل و صفحه اول و دوم شناسنامه آن فرزند الزامیست.

- فرزندی که ازدواج نموده‌اند و یا اشتغال بیمه‌ای دارند، از اعضای تحت تکفل فرد محسوب نمی‌گردند.

- برای همکاران خانم، صرف ارائه کپی دفترچه بیمه برای تشخیص تحت کفل بودن همسر و فرزندان وی، معیار عمل نبوده و بایستی تاییدیه از مراجع قضایی را ارائه نمایند.

۳-۵- همکاران محترم توجه فرمایند که بعد از فرصت مذکور جهت ارسال فایلها (۱۴۰۲/۰۷/۲۶)، ثبت نام افرادی که به هر دلیل از اعلام عضویت جامانده‌اند، **مقدور نخواهد بود**.

۳-۶- هرگونه افزایش یا کاهش عضویت و یا انصراف افراد پس از مهلت مذکور و پس از شروع قرارداد، امکان پذیر نخواهد بود (مگر در موارد ازدواج فرد، تولد فرزند یا فوت افراد تحت تبعی). که برای تقاضای عضویت تولد فرزند، **۲ ماه بعد از تاریخ تولد فرزند و برای سایر موارد افزایش یا کاهش نهایتاً تا یکماه فرصت اعلام می‌باشد** و بعد از فرصت مذکور، درخواست فرد برای عضویت قابل قبول نخواهد بود.

۳-۷- در صورت استفاده از بیمه تکمیلی، هیچگونه انصراف یا ابطال عضویت در طول قرارداد امکان پذیر نخواهد بود.

۳-۸- عضویت نوادگان، عروس، داماد و خواهر و برادر و فرزندان ازدواج نموده همکاران محترم **مقدور نمی‌باشد**. در صورت مشاهده اطلاعات در فرم، از ثبت نام کلی خودداری به عمل خواهد آمد.

۳-۹- برای فرزندان بالای ۲۵ سال (مونث و مذکر) ارائه کپی صفحات اول و دوم شناسنامه فرزندان الزامی است.

۳-۱۰- تعهدات بیمه مذکور همانند تعهدات بیمه سال قبل می‌باشد.

۳-۱۱- تأکید می‌گردد فرم‌ها می‌بایست بدون هرگونه نواقص با دقت کامل تکمیل گردیده و از طریق اتوماسیون مکاتبات به کارتابل کارگزین بیمه و بازنشستگی ارسال گردد.

نکته بسیار مهم:

لازم به تأکید است که فقط به فرم‌های با اطلاعات کاملی که از طریق اتوماسیون و بصورت فایل اکسل ارسال گردیده‌اند ترتیب

اثر داده خواهد شد و از عضویت سایر همکارانی که هرگونه فرم با اطلاعات ناقص، فرم دستی و یا در فرمت‌های دیگر اقدام به

تقاضای عضویت نمایند، خودداری خواهد شد. لذا همکاران محترم لازم است در این خصوص اهتمام لازم را به عمل آورند.