



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

شماره : .....۸/۹۳/۲/۱۲/۱۲/پ...  
تاریخ : .....۱۴۰۳/۰۵/۲۴...  
ساعت : .....۱۴:۱۵...  
پیوست : .....درباره.....

## معاونت توسعه مدیریت و منابع

### مدیران محترم واحدهای تابعه دانشگاه

با سلام و احترام

پس از حمد خدا و درود و صلوات بر محمد و آل محمد (ص)، با عنایت به بند ۱۵ مصوبه پنجمین جلسه هیأت محترم رئیسه دانشگاه به شماره ۱۲۰۴۵ مورخ ۱۴۰۳/۰۵/۱۵ و نامه شماره ۱۴۰۳/۰۶/۱۹۸۰۴۶ مورخ ۱۴۰۳/۰۵/۲۲ رئیس محترم مرکز مدیریت ریسک و تدوین مقررات بیمه مرکزی، بیمه نامه درمان تکمیلی کارکنان در دو طرح (طلایی و ویژه) در دو جدول تعهدات پیوست جهت انتخاب یکی از طرح های فوق از تاریخ ۱۴۰۳/۰۵/۰۱ به مدت یکسال با شرکت بیمه دانا با سرانه ماهیانه هر نفر (طرح طلایی ۶/۵۰۰/۰۰۰ ریال و طرح ویژه ۹/۵۰۰/۰۰۰ ریال)، ارسال می گردد، لذا خواهشمند است دستور فرمائید رابط محترم امور بیمه ای آن واحد با رعایت موارد زیر و براساس فرم ثبت نام (نمونه پیوست) نسبت به ثبت نام متقاضیان بیمه درمان تکمیلی اقدام و لیست اطلاعات متقاضیان را تا پایان وقت اداری روز سه شنبه ۱۴۰۳/۰۵/۳۰ به آدرس: ستاد مرکزی، ساختمان شماره سه - مدیریت امور پشتیبانی - طبقه اول - اتاق ۲۰۴ واحد امور بیمه درمان تکمیلی تحویل نمایند.

۱- در صورت هرگونه سؤال در ثبت ورود اطلاعات بیمه شدگان، کارشناس محترم امور بیمه ای آن واحد از ساعات ۸ الی ۱۴ با شماره تماس ۰۳۱-۲۲۰۵۵-۹۵۰۳۱ یا ۰۳۱-۳۳۳۸۱۶۹۶-۹۷ داخلی ۰۳۱ (کارشناس صدور و خسارت اشخاص شرکت بیمه دانا) یا شماره تماس ۳۷۹۲۴۰۰۷-۰۳۱ مدیریت امور پشتیبانی واحد امور بیمه درمان تکمیلی تماس حاصل نمایند.

۲- کارشناس محترم امور بیمه ای می بایست پس از ثبت اطلاعات متقاضیان در فایل Excel (نمونه پیوست) نسبت به بررسی مجدد و پس از اصلاح نهایی اقدام و از ارسال فایل کنترل نشده (شماره حساب، کد ملی، نام و نام خانوادگی و...) خودداری نمایند.

۳- جهت درج شماره حساب در فایل Excel فقط شماره شبا بانک ملی، ملت و رفاه ثبت گردد و از ثبت شماره حساب های سایر بانکها جدا خودداری فرمایید.

۴- کارشناسان محترم بیمه ای می بایست لیست اطلاعات متقاضیان ثبت نام بیمه درمان تکمیلی را در طرح های طلایی و ویژه به صورت تفکیک شده ارسال نمایند.

۵- کارکنان متقاضی ثبت نام در بیمه درمان تکمیلی در زمان انتخاب طرح های طلایی یا ویژه می توانند نسبت به ثبت نام خود و افراد تحت تکفلشان در یکی از دو طرح اعلام شده ثبت نام نمایند و در فرم ثبت نام دقیقاً طرح مورد درخواست را ذکر نمایند.

۶- مشمولین ثبت نام بیمه درمان تکمیلی (همسر، فرزند، پدر و مادر) می باشند، لذا از ثبت نام افراد غیرمشمول جدا خودداری فرمایید.

۷- مسئولین محترم امور مالی واحدها نسبت به کسر حق بیمه ماهیانه هریک از بیمه شدگان متقاضی براساس اطلاعات فرم ثبت نام شدگان با سرانه ماهیانه هر نفر در طرح های انتخابی (طلایی یا ویژه) اقدام نمایند.

۸- حق بیمه سرانه ماهیانه هریک از بیمه شدگان از ابتدای مردادماه سالجاری محاسبه و از لیست حقوق مرداد ماه کسر و به شماره شناسه متعلق به شرکت بیمه دانا واریز گردد.

۹- در صورت ثبت نام متقاضیان بیمه درمان تکمیلی در سال ۱۴۰۳-۱۴۰۴ و بارگذاری اسامی در سامانه شرکت بیمه دانا حذف یا انصراف در طول مدت بیمه نامه به هر دلیل امکان پذیر نخواهد بود.

۱۰- در راستای افزایش رضایتمندی کارکنان و پیرو منویات ریاست محترم دانشگاه در خصوص ارتقاء خدمات رفاهی به کارکنان و اعضاء محترم هیأت علمی دانشگاه مقرر گردید، به میزان ۱/۵۰۰/۰۰۰ ریال از سرانه تعیین شده، توسط دانشگاه از محل اعتبارات رفاهی پرداخت گردد.

۱۱- رابطین محترم نسبت به اطلاع رسانی دستورالعمل استفاده از خدماتی درمانی و نحوه ارسال مدارک و مستندات هزینه خسارت های درمان به بیمه شدگان متقاضی اطلاع رسانی نمایند.

دکتر محسن مصلحی  
معاون توسعه مدیریت و منابع