



بسم الله الرحمن الرحيم

شماره :د/۲/۱:۵۱۳.....
تاریخ :۱۴۰۲/۰۵/۰۲.....
ساعت :۸:۰۶.....
پیوست :د/۲/۱:۵۱۳.....

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 عقد قرارداد بیمه نامه درمان تکمیلی کارکنان از تاریخ ۱۴۰۲/۰۵/۰۱ به مدت یکسال با شرکت بیمه دانا با سرانه ماهیانه هر نفر (طرح نقره ای ۲/۹۰۰/۰۰۰ ریال و طرح طلایی ۳/۶۵۰/۰۰۰ ریال)، به پیوست جدول تعهدات طرح های مورد نظر ارسال می گردد، لذا خواهشمند است دستور فرمائید رابط محترم امور بیمه های 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 ۱۴۰۲/۰۵/۱۰ 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 ۰۳۱-۹۵۰۲۲۰۰۵-۷ یا ۰۳۱-۹۷-۹۶۹۶-۳۳۳۸۱۶۹۶-۳۱ داخلی ۲ (کارشناس صدور و خسارت اشخاص شرکت بیمه دانا) یا شماره تماس ۰۳۱-۳۷۹۲۴۰۰۷ 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 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 بانک ها جداً خودداری فرمایید.

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

۵- کارکنان متقاضی ثبت نام در بیمه درمان تکمیلی در زمان انتخاب طرح های نقره ای یا طلایی می بایست نسبت به ثبت نام خود و افراد تحت تکفلشان صرفاً از یکی از طرح ها استفاده و ثبت نام نمایند.

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

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

۸- حق بیمه سرانه ماهیانه هر یک از بیمه شدگان از ابتدای مردادماه سال جاری محاسبه و از لیست حقوق مرداد ماه کسر و به شماره شناسه ای که از طریق شرکت بیمه دانا اعلام خواهد شد، واریز گردد.

۹- در صورت ثبت نام متقاضیان بیمه درمان تکمیلی در سال ۱۴۰۳-۱۴۰۲ و بارگذاری اسامی در سامانه شرکت بیمه دانا حذف یا انصراف در طول مدت بیمه نامه به هر دلیل امکان پذیر نخواهد بود.

دکتر محسن مصلحی
معاون توسعه مدیریت و منابع

رونوشت :

مشاور اجرایی محترم معاون توسعه مدیریت و منابع جناب آقای دکتر گنجی: جهت استحضار

مدیر محترم مدیریت امور مالی جناب آقای خالویی

مدیر محترم امور پشتیبانی و تامین تجهیزات پزشکی جناب آقای یزدی بیمه دانا شعبه زاینده رود جناب آقای فاضلیان

مدیر عامل محترم شرکت خدمات بیمه ای حامی گستر ملل (نماینده ۶۰۰۹) جناب آقای سیدقلعه جهت اطلاع و اقدام لازم