



” اطلاعیه فوری ثبت نام بیمه تکمیلی درمان ”

قابل توجه کلیه اعضای محترم هیأت علمی و کارمندان گرامی و بازنشستگان دانشگاه

با عنایت به عقد قرارداد بیمه تکمیلی درمان با شرکت بیمه دی از تاریخ ۱۴۰۲/۸/۱، به پیوست فهرست تعهدات طرح طلایی و نقره ای ارسال، خواهشمند است کلیه همکاران رسمی، پیمانی و قراردادی که قصد انجام هرگونه **تغییر** اعم از انصراف، عضویت، تغییر در نوع طرح و یا افراد تحت تکفل خود را دارند، فرم پیوست را تکمیل و حداکثر تا پایان وقت اداری ۱۴۰۲/۸/۱۵ به این اداره ارسال نمایند. **بدیهی است در غیر این صورت اطلاعات همکاران بر اساس قرارداد سال گذشته اعمال خواهد شد.**

لطفاً به موارد ذیل توجه فرمایید:

- ۱- نرخ حق بیمه طرح طلایی ماهیانه به ازاء هر نفر مبلغ ۷,۹۰۰,۰۰۰ ریال و نرخ حق بیمه طرح نقره‌ای ماهیانه ۵,۲۰۰,۰۰۰ ریال می‌باشد. که دانشگاه ماهیانه ۵۰ درصد حق بیمه هر طرح انتخابی را برای عضو و افراد تحت تکفل پرداخت می‌نماید.
- ۲- افراد تحت تکفل شامل همسر، فرزندان اناث مجرد و غیر شاغل و فرزندان ذکور مجرد زیر ۲۰ سال تمام به شرط عدم اشتغال به کار و در صورت اشتغال به تحصیل تا سن ۲۵ سال و در مورد دانشجوی مقطع دکتری تا سن ۲۶ سال تمام با ارائه گواهی اشتغال به تحصیل می‌باشند. **چنانچه فرزندان تحت تکفل و غیر تکفل در بین قرارداد ازدواج نمایند از شمول بیمه خارج خواهند شد و در صورتیکه از بیمه خسارت دریافت کرده باشند ملزم به پرداخت حق بیمه تا پایان قرارداد می‌باشند.**
- ۳- همکاران محترم می‌توانند پدر، مادر و فرزندان غیر تکفل مجرد خود را منوط به پرداخت حق بیمه **کامل**، بیمه نمایند.
- ۴- کلیه ثبت نام شدگان می‌بایست تحت پوشش بیمه پایه باشند.
- ۵- همکاران محترم تحت پوشش صندوق تامین اجتماعی (رسمی، پیمانی و قراردادی) که در طول قرارداد بیمه تکمیل درمان بازنشسته می‌شوند، می‌بایست در موعد بازنشستگی با شرکت بیمه دی تسویه حساب نمایند.

بدیهی است پس از پایان مهلت مقرر و انعقاد قرارداد امکان هیچگونه ویرایش نخواهد بود.

جهت کسب اطلاعات بیشتر با شماره ویپ ۴۲۱۹ آقای حسن ملکی کارشناس رفاه تماس حاصل فرمائید.

با تشکر

اداره رفاه و بازنشستگی