

تاریخ: ۱۳۹۸/۰۸/۲۱

شماره: ۱۰۰/۱۹۷۶۱

پیوست: دارد

قابل توجه کارکنان محترم (اعضای هیأت علمی و غیر هیأت علمی)

با سلام و احترام؛

به اطلاع کلیه همکاران گرامی می‌رساند جهت عضویت در بیمه تکمیل درمان و یا اضافه نمودن افراد تحت تکفل خود حداکثر تا پایان وقت اداری روز چهارشنبه تاریخ ۱۳۹۸/۰۸/۲۹ مدارک ذیل را به کارشناس کارگزینی جناب آقای عبیدی تحویل دهید. بدیهی است به مدارکی که بعد از این تاریخ به این حوزه ارسال گردد، ترتیب اثر داده نخواهد شد.

*ضمناً، صرفاً تحویل مدارک و تکمیل فرم ثبت نام ملاک عضویت در بیمه تکمیل درمان می‌باشد.

بیمه تکمیل درمان به شرح ذیل در دو طرح اعلام می‌گردد که کارکنان می‌توانند هر طرح را به صورت دلخواه انتخاب نمایند.

حق بیمه ماهیانه قابل پرداخت پس از کسر سهم دانشگاه (ریال)						
افراد بالاتر از ۷۱ سال (اصلی یا تحت تکفل)	افراد ۶۱ تا ۷۰ سال (اصلی یا تحت تکفل)	افراد ۶۰ تا ۶۱ سال (غیر تحت تکفل)	افراد بالاتر از ۷۱ سال (اصلی یا تحت تکفل)	افراد ۶۱ تا ۷۰ سال (اصلی یا تحت تکفل)	افراد ۶۰ تا ۶۱ سال (غیر تحت تکفل)	
۱/۷۶۰/۰۰۰	۱/۳۲۰/۰۰۰	۸۸۰/۰۰۰	۸۸۰/۰۰۰	۶۶۰/۰۰۰	۴۴۰/۰۰۰	طرح ۱
۲/۵۲۰/۰۰۰	۱/۸۹۰/۰۰۰	۱/۲۶۰/۰۰۰	۱/۲۶۰/۰۰۰	۹۴۵/۰۰۰	۶۳۰/۰۰۰	طرح ۲

مدارک مورد نیاز جهت ثبت نام افراد جدید :

- ۱- بیمه شده اصلی: تصویر کلیه صفحات شناسنامه، تصویر کارت ملی، تصویر صفحه اول دفترچه بیمه درمان
 - ۲- افراد تحت تکفل و غیر تحت تکفل: تصویر صفحه اول شناسنامه، تصویر کارت ملی، تصویر صفحه اول دفترچه بیمه درمان
 - ۳- شماره حساب و شماره شبا جهت پرداخت خسارات
 - ۴- شماره تلفن همراه جهت دریافت پیامک از طرف بیمه
- ضمناً، لیست شرایط و تعهدات بیمه گر به پیوست ارائه می‌گردد.

حامد دهدشتی جهرمی
معاون اداری و مالی

