

معاون محترم امور بهداشتی

رئیس محترم دانشکده

مدیر محترم مرکز آموزشی درمانی

سرپرست محترم شبکه بهداشت و درمان شهرستان

سرپرست محترم مرکز بهداشت شهرستان کرمانشاه

سرپرست محترم اداری مالی ساختمان شماره ۲

موضوع:

باسلام و احترام؛

به پیوست تصویر قرارداد بیمه تکمیلی منعقد فی مابین این دانشگاه و شرکت محترم بیمه ایران شعبه کرمانشاه به شماره ۱۳۹۰/۱۴۱/۸۶۵۱/۱ مورخه ۹۰/۳/۱ بانضمام فرم عضویت بیمه تکمیلی ارسال می گردد خواهشمند است دستور فرمائید ضمن اطلاع رسانی به کلیه همکاران محترم و بارعایت موارد مشروحه ذیل افرادی که تمایل به تکمیل فرم عضویت دارند حداکثر تا تاریخ ۹۰/۴/۱۵ اقدام نمایند.

۱- به لحاظ اینکه موضوع بیمه تکمیلی در سالجاری اختیاری می باشد مقتضی است دستور فرمائید قرارداد به طور کامل در اختیار افراد گذاشته شود تا افراد آگاهانه نسبت به تکمیل فرم عضویت اقدام نمایند بدیهی است پس از تکمیل فرم عضویت مسئولیت به عهده افراد خواهد بود و امکان انصراف تا پایان دوره قرارداد وجود ندارد.

۲- نرخ حق بیمه در سالجاری برای هرنفر مبلغ ۴۲۰۰۰ ریال می باشد که نسبت به سال گذشته حدوداً ۷۰۰ ریال افزایش داشته است. ضمن اینکه در قرارداد امسال پرداخت هزینه های آزمایش

، رادیولوژی و فیزیوتراپی از محل تعهدات پاراکلینیکی ۲ امکانپذیر می باشد.

- ۳- با توجه به اینکه امکان عضوگیری مجدد صرفاً برای افراد جدیدالاستخدام، انتقالی، کسانی که صاحب فرزند می شوند و یا ازدواج می کنند و یا تحت پوشش بیمه قرار می گیرند امکان پذیر می باشد و عضوگیری سایر کارکنان امکان پذیر نمی باشد و مهلت مقرر قابل تمدید نمی باشد لذا مقتضی است دستور فرمائید موارد به طور کامل و با توجه به مدت زمانی که در اختیار آن مرکز می باشد، اطلاع رسانی گردد.
- ۴- جهت سهولت در کسورات حق بیمه مقتضی است دستور فرمائید هر فرد صرفاً از محل پست سازمانی خود نسبت به تکمیل فرم اقدام نماید در این راستا مقتضی است از تائید فرمهای افرادی که دارای پست سازمانی آن مرکز نمی باشند جدا خودداری گردد بدیهی است مسئولیت عدم رعایت این بند مسقیماً "بعهدہ مسئولین آن مرکز می باشد.
- ۵- با توجه به اینکه مطابق قانون ایثارگران به همراه افراد تحت تکفلشان در صورت تمایل می توانند به صورت رایگان تحت پوشش بیمه تکمیلی قرارگیرند می بایست از این دسته افراد (در صورت تکمیل فرم عضویت) هیچ گونه حق بیمه ای کسر نگردد و حق بیمه مربوطه با هماهنگی مدیریت محترم امور مالی دانشگاه از محل اعتبارات آن مرکز کسر گردد. در هر صورت افراد در صورت تمایل بایستی شخصاً نسبت به تکمیل فرم اقدام نمایند لذا تأکید می گردد این بند به صورت کامل به اطلاع تمامی ایثارگران گرامی رسانیده شود و مسئولیت اطلاع رسانی به عهده واحد محترم امور ایثارگران میباشد.
- ۶- جهت سهولت در پاسخگویی به همکاران مقتضی است دستور فرمائید همکاران محترم از مراجعه مستقیم به دانشگاه و شرکت محترم بیمه ایران خودداری نموده و صرفاً در مواردیکه نیاز به مراجعه می باشد نماینده آن مرکز رأساً اقدام نماید.

- ۷- مقتضی است دستور فرمائید پس از تکمیل فرمها به صورت کامل و خوانا و تائید آن توسط واحد مربوطه (مرتبط با پست افراد) لیستی مشتمل بر نام و نام خانوادگی و تعداد نفراتی که تحت

پوشش بیمه تکمیلی قرار می دهند تهیه و بانضمام فرمهای تکمیل شده صرفاً توسط نماینده آن مرکز حداکثر تا تاریخ ۹۰/۴/۱۵ به نمایندگی بیمه ایران (آقای پیری) واقع در ابتدای خیابان مدرس جنب پاساژ کیش تحویل نمایند.

۶۶

۹- مقتضی است دستور فرمائید از ارسال فرمها به صورت پست یا ارسال به دانشگاه و یا ارسال بعد از تاریخ مذکور و یا ارسال مجدد فرم و ارسال به شکل موردی خودداری گردد در غیر اینصورت هیچ گونه اقدامی جهت اینگونه موارد مقدور نمی باشد. بدیهی است نماینده مرکز بعد از تحویل فرمها به نمایندگی مذکور بایستی تائیدیه لازم را اخذ نماید.

۹- با توجه به اینکه مهلت قرارداد سال گذشته در تاریخ ۹۰/۳/۱ به پایان رسیده است لذا افراد متقاضی در صورت تمایل بایستی مجدداً نسبت به تکمیل فرم در سالجاری اقدام نمایند همچنین افرادی که در سال گذشته موفق به تکمیل فرم نشده اند در صورت تمایل در سالجاری می توانند در مهلت مقرر نسبت به تکمیل فرم اقدام نمایند.

۱۰- با توجه به اینکه قرارداد سالجاری از تاریخ ۹۰/۳/۱ لغایت ۹۱/۳/۱ به مدت یکسال می باشد لذا مقتضی است بعد از تکمیل فرمها و اخذ تائیدیه از بیمه ایران با هماهنگی مدیریت محترم امور مالی دانشگاه همه ماهه نسبت به کسر حق بیمه برای هرنفر بیمه شده به مبلغ ۴۲۰۰۰ ریال از تاریخ ۹۰/۳/۱ اقدام گردد. ضمناً شرکت بیمه ایران از تحویل فرمهای مراکز که بدهی مربوط به سال گذشته را با آن شرکت تسویه ننموده اند تا زمان تسویه حساب کامل معذور می باشد لذا مقتضی است این مراکز در اسرع وقت نسبت به تسویه حساب کامل با شرکت مذکور اقدام نمایند. ضمناً با توجه به ثبت فیشهای واریزی در سایت اینترنتی حداکثر مهلت برای تحویل فیشهای واریزی به نماینده ی بیمه ایران (آقای پیری) تا پانزدهم ماه بعد می باشد.

۱۱- شرکت محترم بیمه ایران شعبه مرکزی واقع در خیابان دبیر اعظم روبروی پاساژ حافظ مسئولیت پرداخت خسارت را به کلیه مراکز تابعه دانشگاه دارد.

۱۲- صرفاً افراد شاغل رسمی، پیمانی، قراردادی و قانون کار با توجه به پست سازمانی مربوطه می توانند نسبت به تکمیل فرم اقدام نمایند.

۱۳- با توجه به اینکه در سالجاری مقرر گردیده است خسارت درمانی افراد مستقیماً به حساب آنان واگذار گردد لذا مقتضی است تکمیل اطلاعات مربوط به شماره حساب و نام بانک و شماره ملی با دقت صورت گیرد.

دکتر ابراهیم شکیبا
معاون توسعه مدیریت و منابع



رونوشت:

= رئیس محترم شرکت بیمه ایران شعبه مرکزی کرمانشاه جهت استحضار و همکاری لازم

= نمایندگی محترم شرکت بیمه ایران (آقای پیری) جهت استحضار و همکاری لازم

= معاونت محترم امور درمان بانضمام تصویر سابقه جهت استحضار و هماهنگی با سرپرست محترم اداری و مالی

ساختمان شماره ۲

= معاونت محترم امور غذا و دارو بانضمام تصویر سابقه جهت استحضار و هماهنگی با سرپرست محترم اداری و مالی

ساختمان شماره ۲

= معاونت محترم آموزشی بانضمام تصویر سابقه جهت استحضار و هماهنگی با سرپرست محترم اداری و مالی

ساختمان شماره ۲

= معاونت محترم تحقیقات و فناوری بانضمام تصویر سابقه جهت استحضار و هماهنگی با سرپرست محترم اداری و

مالی ساختمان شماره ۲

= معاونت محترم دانشجویی و فرهنگی بانضمام تصویر سابقه جهت استحضار و هماهنگی با سرپرست محترم اداری و

مالی ساختمان شماره ۲

= رئیس محترم مرکز حوادث و فوریت‌های پزشکی استان بانضمام تصویر سابقه جهت استحضار و هماهنگی با سرپرست

محترم اداری و مالی ساختمان شماره ۲

= رئیس محترم آزمایشگاه مرکزی بانضمام تصویر سابقه جهت استحضار و هماهنگی با سرپرست محترم اداری و مالی

ساختمان شماره ۲

= رئیس محترم کلینیک ویژه دانشگاه بانضمام تصویر سوابق جهت استحضار و هماهنگی با سرپرست محترم اداری و مالی ساختمان شماره ۲

= سرپرست محترم اداری و مالی ساختمان شماره ۲ جهت استحضار و اقدام در خصوص معرفی نماینده به بیمه ایران جهت انجام امور بیمه ای مراکز فوق الذکر و اخذ تاییدیه افراد ثبت نام شده از شرکت بیمه ایران پس از تحویل فرمها و ارسال آن به مدیریت امور مالی جهت کسر حق بیمه

= رئیس محترم دفتر ریاست دانشگاه بانضمام تصویر سوابق جهت استحضار و اطلاع رسانی به کارکنان واحد ذیربط و تحویل فرمها پس از تکمیل به اداره رفاه دانشگاه

= رئیس محترم دفتر معاونت توسعه مدیریت و منابع بانضمام تصویر سوابق جهت استحضار و اطلاع رسانی به کارکنان واحد ذیربط و تحویل فرمها پس از تکمیل به اداره رفاه دانشگاه

= رئیس محترم هیئت تخلفات اداری بانضمام تصویر سوابق جهت استحضار و اطلاع رسانی به کارکنان واحد ذیربط و تحویل فرمها پس از تکمیل به اداره رفاه دانشگاه

= رئیس محترم گروه فنی بانضمام تصویر سوابق جهت استحضار و اطلاع رسانی به کارکنان واحد ذیربط و تحویل فرمها پس از تکمیل به اداره رفاه دانشگاه

= رئیس محترم گروه کارشناسان بودجه بانضمام تصویر سوابق جهت استحضار و اطلاع رسانی به کارکنان واحد ذیربط و تحویل فرمها پس از تکمیل به اداره رفاه دانشگاه

= مدیر محترم توسعه سازمان و منابع انسانی بانضمام تصویر سوابق جهت استحضار و اطلاع رسانی به کارکنان واحد ذیربط و تحویل فرمها پس از تکمیل به اداره رفاه دانشگاه

= مدیر محترم امور مالی بانضمام تصویر سوابق جهت استحضار و اطلاع رسانی به کارکنان واحد ذیربط و تحویل فرمها پس از تکمیل به اداره رفاه دانشگاه و همکاری لازم درخصوص پرداخت حق بیمه مراکز

= مدیر محترم امور عمومی بانضمام تصویر سوابق جهت استحضار و اطلاع رسانی به کارکنان واحد ذیربط و تحویل فرمها پس از تکمیل به اداره رفاه دانشگاه

= مدیر محترم دفتر حراست بانضمام تصویر سوابق جهت استحضار و اطلاع رسانی به کارکنان واحد ذیربط و تحویل فرمها پس از تکمیل به اداره رفاه دانشگاه

= رئیس محترم گروه آمار و فناوری اطلاعات بانضمام تصویر سوابق جهت استحضار و اطلاع رسانی به کارکنان واحد ذیربط و تحویل فرمها پس از تکمیل به اداره رفاه دانشگاه

= رئیس محترم هسته گزینش بانضمام تصویر سوابق جهت استحضار و اطلاع رسانی به کارکنان واحد ذیربط و تحویل فرمها پس از تکمیل به اداره رفاه دانشگاه

= مشاور محترم رئیس دانشگاه در امور بانوان بانضمام تصویر سوابق جهت استحضار و اطلاع رسانی به کارکنان واحد ذیربط و تحویل فرمها پس از تکمیل به اداره رفاه دانشگاه

= رئیس محترم روابط عمومی دانشگاه بانضمام تصویر سوابق جهت استحضار و اطلاع رسانی به کارکنان واحد ذیربط و تحویل فرمها پس از تکمیل به اداره رفاه دانشگاه

= سرپرست محترم دفتر حقوقی بانضمام تصویر سوابق جهت استحضار و اطلاع رسانی به کارکنان واحد ذیربط و تحویل فرمها پس از تکمیل به اداره رفاه دانشگاه

= رئیس محترم اداره بازرسی و پاسخگویی به شکایات دانشگاه بانضمام تصویر سوابق جهت استحضار و اطلاع رسانی به کارکنان واحد ذیربط و تحویل فرمها پس از تکمیل به اداره رفاه دانشگاه

= رئیس محترم نهاد نمایندگی بانضمام تصویر سوابق جهت استحضار و اقدام لازم

= رئیس محترم مرکز تحقیقات بیولوژیک بانضمام تصویر سوابق جهت استحضار و اقدام مقتضی

= رئیس محترم مجمع خیرین سلامت بانضمام تصویر سوابق جهت استحضار و اقدام مقتضی

= رئیس محترم شورای حل اختلاف کارکنان دانشگاه بانضمام تصویر سوابق جهت استحضار و اقدام مقتضی

= مدیر محترم مهمانسرای دانشگاه بانضمام تصویر سوابق جهت استحضار و اطلاع رسانی به کارکنان واحد ذیربط و تحویل فرمها پس از تکمیل به اداره رفاه دانشگاه

= جناب آقای رضا ملکیان مسئول دفتر محترم مدیریت امور عمومی ، بانضمام تصویر سوابق جهت استحضار و اطلاع رسانی به پرسنل آن مدیریت

= رئیس محترم امور ایثارگران دانشگاه بانضمام تصویر سابقه جهت استحضار و اطلاع رسانی به کارکنان واحد ذیربط و تحویل فرمها پس از تکمیل به اداره رفاه دانشگاه و اطلاع رسانی به کلیه ایثارگران گرامی بدیهی است مسئولیت عدم اطلاع رسانی مناسب به ایثارگران به عهده آن واحد می باشد.

= اداره رفاه بانضمام تصویر سوابق جهت اطلاع و حفظ سابقه

= سرکار خانم شهناز اکبری نماینده امور بیمه ستاد دانشگاه بانضمام تصویر سابقه جهت اطلاع و جمع آوری فرمهای افرادی که دارای پست سازمانی ستاد دانشگاه می باشند و تحویل فرمهای مذکور به نمایندگی بیمه ایران (آقای

پیری) و اخذ تائیدیه لازم