



تهران ۱۹۸۳۹۶۹۴۱۱

اوین تلفن: ۲۹۹۰۱

شناسه ملی ۱۴۰۰۲۹۱۷۵۲۸

تاریخ: ۱۴۰۲/۰۶/۰۷

شماره: ۳۲۰/۱۱۲۷/د

پیوست: دارد

بسمه تعالی

معاونین محترم،

روئسای محترم دانشکده‌ها، پژوهشکده‌ها، مراکز تحقیقاتی پردیس، همکاران و مدیران محترم ستادی

با سلام و احترام،

ضمن آرزوی توفیق، با توجه به اتمام قرارداد بیمه درمان تکمیلی در تاریخ ۱۴۰۲/۰۶/۳۱، به استحضار همکاران گرامی می‌رساند: با در نظر گرفتن نتیجه استعلامات به عمل آمده از سوی شرکت‌های معتبر بیمه‌گر و همچنین براساس مصوبه مورخ ۱۴۰۲/۰۵/۳۱ هیات رئیسه محترم دانشگاه، مقرر است طبق تعهدات (پیوست ۲)، قرارداد بیمه درمان تکمیلی اعضای محترم دانشگاه شهید بهشتی از تاریخ ۱۴۰۲/۰۷/۰۱ به یک سال با شرکت بیمه تجارت نو، منعقد گردد.

از این رو بر اساس تعهدات تعیین شده، حق سرانه ماهانه بیمه‌شدگان به میزان ۶,۸۵۰,۰۰۰ ریال (سه‌م هر عضو ماهانه ۳,۴۲۵,۰۰۰ ریال و سهم دانشگاه ۳,۴۲۵,۰۰۰ ریال) فرانشیز ۱۰٪ تعیین شده است.

بدینوسیله با توجه به فوریت موضوع و جلوگیری از خلل در استمرار ارائه خدمات درمانی؛ مقتضی است اعضای محترم هیات علمی/ غیر هیات علمی (رسمی، پیمانی، قراردادی) و همچنین ظرفیت ایجاد شده **بازنشستگان** محترم دانشگاه اعم از هیات علمی غیر هیات علمی، در صورت تمایل به عضویت و

استفاده از خدمات شرکت طرف قرارداد نسبت به ثبت نام از روز چهارشنبه مورخ ۱۴۰۲/۰۶/۰۸ تا حداکثر پایان وقت اداری روز چهارشنبه مورخ ۱۴۰۲/۰۶/۲۲ نمایند. اعضا می‌بایست با تکمیل فرم عضویت (پیوست شماره ۱) به اداره تعاون و رفاه (خانم حسینی کارشناس امور رفاهی) مراجعه نمایند.

شماره تماس اداره تعاون و رفاه: داخلی ۲۱۸۲ و خط مستقیم ۲۲۴۳۱۶۲۳

نکته مهم: با توجه به ضرورت جمع آوری اطلاعات تکمیلی، همکاران محترمی که عضو بیمه تکمیلی تجارت نو بوده‌اند، عضویت ایشان به قوت خود باقی بوده و نیازی به ثبت نام نمی‌باشد. و در صورت هرگونه تغییر (اضافه/حذف/انصراف) فرم پیوست شماره ۲ را تکمیل و در زمان مقرر به اداره رفاه ارائه نمایند.

با توجه به درخواست پرسنل محترم شرکت‌های طرف قرارداد (شرکتی اداری/ شرکتی خدماتی/ شرکتی فضای سبز) ترتیبی اتخاذ شده است که متقاضیان با پرداخت کامل حق سرانه بیمه (۶,۸۵۰,۰۰۰ ریال) دریافت خدمات بیمه درمانی تکمیلی بهره‌مند شوند. این دسته از متقاضیان، می‌بایست با مراجعه به اداره رفاه و تعاون دانشگاه نسبت به درخواست و تکمیل فرم عضویت اقدام نمایند.

تاریخ: ۱۴۰۲/۰۶/۰۷

شماره: ۳۲۰/۱۱۲۷/د

دارد:

الف) شرایط پوشش در قرارداد بیمه درمان تکمیلی:

- ✓ پوشش افراد در بیمه تکمیلی دانشگاه شامل: بیمه شده اصلی (همکار)، همسر، فرزندان اناث و ذکور به شرط مجرد تا زمان ازدواج.
- ✓ والدین تحت تکفل و غیرتحت تکفل با حق بیمه یکسان از بیمه شده اصلی تحت پوشش بیمه تکمیلی قرار می‌گیرند.
- ✓ افزایش بیمه‌شدگان در طول مدت قرارداد شامل افراد جدیدالاستخدام، کارکنان انتقالی، همسر کارکنانی که در طول مدت قرارداد ازدواج نمودن و افرادی که در طول سال بیمه‌ای تحت کفالت بیمه شده اصلی قرار گیرند. از اولین روز ماه بیمه‌ای بعد از اعلام کتبی بیمه‌گذار تحت پوشش این بیمه‌نامه قرار می‌گیرند.
- ✓ کاهش بیمه‌شدگان در طول مدت قرارداد: موارد کاهش بیمه‌شدگان عبارتست از فوت بیمه شده (حذف از زمان فوت با برگشت حق بیمه) کارکنانی که رابطه همکاری یا استخدامی آنان با بیمه‌گذار قطع می‌شود (فسخ یا استعفا) و کارکنانی که مامور به خدمت می‌شوند و یا کارکنانی که از مرخصی بدون حقوق استفاده می‌کنند، تنها در صورت عدم استفاده از خدمات ای و عدم دریافت خسارت‌های درمانی با برگشت حق بیمه از تاریخ مذکور حذف می‌شوند، در غیر اینصورت می‌بایست حق سرانه بیمه درمان تکمیلی را وفق مقررات تا پایان قرارداد واریز نمایند.
- ✓ همچنین در صورتی که بیمه شده اصلی در طول مدت قرارداد فوت کند، پوشش بیمه سایر اعضای خانواده ایشان به شرط پرداخت حق بیمه تا پایان قرارداد ادامه خواهد داشت.
- ✓ بیمه‌شدگان در صورت مراجعه به مراکز درمانی طرف قرارداد نیازی به اخذ معرفی‌نامه ندارند و می‌توانند با ارائه اصل کارت ملی در مراکز درمانی طرف قرارداد به صورت برخط (آنلاین) از و تعهدات این بیمه‌نامه استفاده نمایند.
- ✓ پرداخت هزینه‌های درمان از سوی بیمه‌گر بر اساس تعرفه‌های اعلام شده از سوی وزارت بهداشت، درمان با کسر فرانشیز انجام می‌شود.
- ✓ مراکز درمانی طرف قرارداد در سایت رسمی بیمه شرکت تجارت‌نو به نشانی اینترنتی <https://tejaratnoins.ir> در دسترس می‌باشد.

ب) روش اقدام

به‌منظور دریافت هزینه‌های درمانی، همکاران محترم نسبت به ارائه مدارک درمانی به نماینده محترم بیمه‌گر، مستقر در طبقه همکف ساختمان پشتیبانی دانشگاه نمایند. همچنین جهت تسریع در ارائه و رسیدگی مدارک پزشکی و پرداخت هزینه، همکاران محترم در صورت تمایل می‌توانند قبل ارائه فیزیک مدارک به نماینده بیمه‌گر، نسبت به بارگذاری مدارک مذکور در اپلیکیشن بنو (امکان نصب بر روی گوشی‌های همراه را نیز دارد) طبق راهنمای پیوست اقدام نمایند.



تهران ۱۹۸۳۹۶۹۴۱۱

اوین تلفن: ۲۹۹۰۱

شناسه ملی ۱۴۰۰۲۹۱۷۵۲۸

تاریخ: ۱۴۰۲/۰۶/۰۷

شماره: ۳۲۰/۱۱۲۷/د

دارد:

ج) مدارک مورد نیاز جهت دریافت هزینه‌های پاراکلینیکی و سرپایی:

۱. اصل دستور پزشک ممهور به مهر پزشک معالج (نسخه بیمار)،
 ۲. اصل قبض پرداختی ممهور به مهر مرکز درمان،
 ۳. تصویر جواب آزمایش، تصویربرداری و ...
- نکته:** خصوص نسخه‌های الکترونیکی، بررسی اسناد با ارائه شماره ملی یا کد رهگیری انجام می‌شود.

نهایتاً ضمن آرزوی سلامتی و طول عمر برای کلیه عزیزان و خانواده‌های محترمشان تقاضا دارد هرگونه پیشنهاد در بهینه نمودن امور بیمه درمان تکمیلی را با این مدیریت درمیان بگذارند.

اسماعیل جعفری

مدیر منابع انسانی و پشتیبانی