

با عنایت به قرارداد بیمه درمان تکمیلی کارکنان منعقد شده با شرکت بیمه سامان SOS دستورالعمل تغییرات لیست بیمه شدگان در طول مدت قرارداد به شرح ذیل اعلام می‌گردد. با توجه به تغییرات نسبت به سنوات گذشته و ایجاد بدهی حق بیمه یک سال برای بیمه شدگان درمان تکمیلی به حساب آن مرکز، مقتضی است نسبت به رعایت مفاد این دستورالعمل در بازه زمانی اعلامی اهتمام ورزید.

نظر به مصوبات شورای عالی بیمه مرکزی در قراردادهای درمان، امکان تغییر طرح انتخابی در طول مدت قرارداد به هیچ عنوان قابل اجرا نیست و هر گونه افزایش یا کاهش بیمه شدگان در طول مدت قرارداد تنها در موارد ذیل پذیرفته است.

➤ افزایش:

- افراد جدید الاستخدام و کارکنان انتقالی از سایر سازمان ها (منوط به مکاتبه واحد و ارسال تصویر حکم کارگزینی و اکسل مشخصات پیوست این بخشنامه حداکثر ۴۵ روز پس از تاریخ استخدام و انتقال)
- همسر کارکنانی که ازدواج کرده‌اند. (منوط به مکاتبه واحد و ارسال تصویر عقد نامه و یا شناسنامه و اکسل مشخصات پیوست این بخشنامه حداکثر ۴۵ روز پس از تاریخ عقد)
- نوزادان از بدو تولد (منوط به مکاتبه واحد و ارسال تصویر شناسنامه نوزاد حداکثر ۴۵ روز پس از تاریخ تولد)

در خصوص موارد فوق حق بیمه به صورت ماه شمار بوده و حق بیمه کل ماه دریافت خواهد شد.

➤ کاهش:

- افرادی که رابطه استخدامی آن‌ها با دانشگاه قطع گردیده است، خروج از کفالت کارکنان (ازدواج فرزندان، متارکه همسر و ...) و فوت، در صورتی که از بیمه درمان تکمیلی خود خسارت دریافت کرده‌اند، می‌بایست حق بیمه مدت باقی مانده تا پایان قرارداد (۱۴۰۶/۰۲/۳۱) به صورت کامل مطابق با جدول پیوست و بدون احتساب کمک هزینه دانشگاه، به شماره حساب شرکت بیمه گر (به پیوست) واریز و تصویر فیش واریزی به همراه، تصویر شناسنامه و یا گواهی فوت، حداکثر تا ۳۰ روز به مدیریت رفاه و سلامت کارکنان مکاتبه گردد. در صورت عدم دریافت خسارت از پوشش بیمه ای و عدم تمایل به ادامه پوشش بیمه‌ای می‌توانند حداکثر تا ۳۰ روز از تاریخ وقوع نسبت به حذف پوشش خود از طریق مکاتبه مرکز با مدیریت رفاه و سلامت کارکنان و ارسال تصویر حکم کارگزینی اقدام نمایند.
- افرادی که به افتخار بازنشستگی نائل می‌شوند و تحت پوشش بیمه پایه تامین اجتماعی می‌باشند، در صورتی که از بیمه درمان تکمیلی خود خسارت دریافت کرده‌اند و یا مایل به ادامه پوشش خود می‌باشند، می‌بایست حتما در فرم تسویه حساب حق بیمه مدت باقی مانده را تا پایان قرارداد (۱۴۰۶/۰۲/۳۱) به صورت کامل مطابق با جدول پیوست، به شماره حساب شرکت بیمه گر (به پیوست) واریز و تصویر فیش واریزی به همراه، تصویر حکم بازنشستگی، حداکثر تا ۳۰ روز به مدیریت رفاه و سلامت کارکنان مکاتبه گردد.

- افرادی که به افتخار بازنشستگی نائل می‌شوند و تحت پوشش بیمه پایه سلامت می‌باشند، در صورتی که از بیمه درمان تکمیلی خود خسارت دریافت کرده‌اند و یا مایل به ادامه پوشش خود می‌باشند، می‌بایست جهت کسر حق بیمه مدت باقی مانده تا پایان قرارداد (۱۴۰۵/۰۲/۳۱) به صورت مکتوب، ماهانه به اداره بازنشستگی اعلام تا از حقوق نامبرده کسر گردد.
- جهت پرداخت سهم کارفرما بازنشستگان محترم می‌بایست یک نسخه از نامه مذکور به واحد مالی دانشگاه ارسال گردد.
- این افراد در صورت عدم تمایل به ادامه پوشش بیمه ای در صورتی که از پوشش خود استفاده نکرده باشند، می‌توانند حداکثر تا ۳۰ روز از تاریخ وقوع نسبت به حذف پوشش خود از طریق مکاتبه مرکز با مدیریت رفاه و سلامت کارکنان و ارسال تصویر حکم کارگزینی اقدام نمایند.

➤ افرادی که از مرخصی بدون حقوق استفاده می‌کنند مشمول کمک هزینه حق بیمه نمی‌باشند و می‌بایست حق بیمه مدت مرخصی خود را به صورت یکجا به شماره حساب پیوست به نام شرکت بیمه گر واریز و تصویر رسید واریزی خود را با ذکر تاریخ شروع و پایان مرخصی به مدیریت رفاه و سلامت کارکنان دانشگاه مکاتبه نمایند.

➤ از تاریخ ابلاغ این بخشنامه و با توجه به اهمیت قانون حمایت از جوانی جمعیت، افرادی که از مرخصی زایمان استفاده می‌کنند، **مشمول کمک هزینه حق بیمه خواهند بود** و می‌بایست حق بیمه مدت مرخصی خود را به صورت یکجا به شماره حساب پیوست به نام شرکت بیمه گر واریز و تصویر رسید واریزی خود را با ذکر تاریخ شروع و پایان مرخصی طی مکاتبه محل خدمت به مدیریت رفاه و سلامت کارکنان دانشگاه ارسال نمایند.

شماره حساب شرکت بیمه سامان: ۸۰۱۸۱۰۹۹۸۰۰۰۶

شماره شبا شرکت بیمه سامان: IR۲۶۰۵۶۰۰۸۰۱۸۱۰۰۰۰۹۹۸۰۰۰۰۶

شماره کارت شرکت بیمه سامان: ۶۲۱۹۸۶۷۰۰۰۰۰۲۳۱۷

مبلغ حق بیمه درمان تکمیلی قرارداد ۱۴۰۵

عنوان طرح	افراد تحت پوشش	مبلغ حق بیمه (به ازای هر نفر در ماه) بیمه شدگانی که به هر دلیل از قبیل مرخصی بدون حقوق، ماموریت، پایان کار و ... از دانشگاه حقوق دریافت نمی کنند.	مبلغ حق بیمه (به ازای هر نفر در ماه) بیمه شدگانی که به دلیل مرخصی استعلاجی زایمان از دانشگاه حقوق دریافت نمی کنند.
طرح vip (فرانشیز ۱۰٪)	بیمه شده اصلی (کارکنان) و تبعی	ریال ۴۴.۳۳۰.۰۰۰	ریال ۳۷.۸۳۰.۰۰۰
طرح طلایی (فرانشیز ۲۰٪)	بیمه شده اصلی (کارکنان) و تبعی	ریال ۲۴.۹۰۰.۰۰۰	ریال ۱۸.۴۰۰.۰۰۰
طرح نقره ای (فرانشیز ۲۰٪)	بیمه شده اصلی (کارکنان) و تبعی	ریال ۱۲.۱۰۰.۰۰۰	ریال ۵.۶۰۰.۰۰۰

مبلغ حق بیمه درمان تکمیلی قرارداد ۱۴۰۵

عنوان طرح	افراد تحت پوشش	مبلغ حق بیمه (به ازای هر نفر در ماه) بیمه شدگانی که به دلیل مرخصی استعلاجی زایمان از دانشگاه حقوق دریافت نمی کنند.
طرح vip (فرانشیز ۱۰٪)	بیمه شده اصلی (بازنشسته)	ریال ۴۱.۸۳۰.۰۰۰
	بیمه شده تبعی	ریال ۴۴.۳۳۰.۰۰۰
طرح طلایی (فرانشیز ۲۰٪)	بیمه شده اصلی (بازنشسته)	ریال ۲۲.۴۰۰.۰۰۰
	بیمه شده تبعی	ریال ۲۴.۹۰۰.۰۰۰
طرح نقره ای (فرانشیز ۲۰٪)	بیمه شده اصلی (بازنشسته)	ریال ۹.۶۰۰.۰۰۰
	بیمه شده تبعی	ریال ۱۲.۱۰۰.۰۰۰