



جمهوری اسلامی ایران

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات

بهداشتی فرمانی کرمانشاه

شماره: ۹۰۶/۳۰۴۳۵

تاریخ: ۱۴۰۰/۰۵/۱۲

پیوست:

تفاهم نامه انجام خدمات بیمه‌ای خودرو جهت کارکنان دانشگاه سال ۱۴۰۰-۱۴۰۱

این تفاهم‌نامه به استناد صورت جلسه شماره ۹۰۶/۳۰۴۳۵ تاریخ ۱۴۰۰/۰۵/۱۲ مابین دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی استان کرمانشاه به عنوان بیمه‌گذار عمده دارای شناسه ملی ۱۴۰۰۰۲۷۵۹۵۰ و کد اقتصادی ۴۱۱۳۹۹۹۵۷۸۴۳ به نمایندگی آقای دکتر فریبرز ایمانی معاون توسعه مدیریت و منابع به نشانی کرمانشاه: بلوار شهید بهشتی ساختمان شماره یک دانشگاه علوم پزشکی از یک طرف و شرکت سهامی بیمه کارآفرین شعبه سرپرستی استان کرمانشاه به نمایندگی آقای میثم درخشان مدیر شعبه کرمانشاه به عنوان بیمه‌گر به نشانی: کرمانشاه-بلوار بنت الهدی-بالتر از فرمانداری-پلاک ۲۵۲ دارای شناسه ملی ۱۰۱۰۲۴۲۵۹۶۹ و کد اقتصادی ۴۱۱۱۱۱۷۶۴۹۸ به شماره تماس ۰۹۱۸۸۳۱۰۳۱۰ از طرف دیگر با شرایط ذیل منعقد می‌گردد.

ماده ۱: موضوع تفاهم‌نامه:

ارائه پوشش بیمه شخص ثالث، مزاد و سرنشین و بیمه بدنه برای خودروهای سواری متعلق به کارکنان شاغل در واحدهای تابعه و بازنشستگان دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه و افراد تحت تکفل (همسر، پدر، مادر و فرزندان) بیمه‌گذار با ارائه معرفی‌نامه از اداره محل خدمت آنها.

ماده ۲: تعهدات بیمه‌گر:

۱-۲: صدور بیمه‌نامه‌های شخص ثالث طبق قانون اصلاح قانون بیمه اجباری شخص ثالث و بر اساس قوانین و مقررات جاری در صنعت بیمه کشور مصوبات شورای عالی بیمه و شرایط عمومی و خصوصی بیمه.

۲-۲: صدور بیمه‌نامه‌های بدنه طبق ضوابط، قوانین و مقررات جاری در صنعت بیمه کشور و مصوبات شورای عالی بیمه و شرایط خصوصی قرارداد.

۳-۲: بیمه‌گر مکلف است بدون توجه به نوع خودرو و صرفاً با ارائه معرفی‌نامه کتبی نسبت به صدور بیمه‌نامه اقدام نماید.

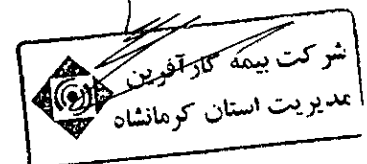
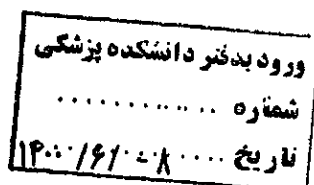
۴-۲: بیمه‌گر اعلام داشته که علاوه بر ارائه خدمات در شعبه شهرستان کرمانشاه، دارای نمایندگی‌های به شرح پیوست می‌باشد و پرسنل می‌توانند جهت صدور بیمه‌نامه به شعبه یا نمایندگی مربوطه مراجعه نمایند.

ماده ۳ تعهدات بیمه‌گذار:

الف) بیمه‌گذار برای هر یک از خودروهای اشخاص حقیقی این تفاهم‌نامه، معرفی‌نامه کتبی جهت استفاده از شرایط تفاهم‌نامه صادر می‌نماید.

کلیه مطالب فوق به رویت و تأیید رسید

مهر و امضای مجاز شرکت بیمه





جمهوری اسلامی ایران

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات

بهداشتی درمانی کرمانشاه

شماره: _____

تاریخ: _____

پیوسته: _____

ب) بیمه گذار موظف است نسبت به ارائه مدارک مورد نیاز جهت صدور بیمه نامه شامل ارائه بیمه نامه شخص ثالث سال قبل و کارت خودرو و سایر مدارک اقدام نماید.

ماده ۴: نحوه پرداخت حق بیمه:

نرخ حق بیمه بر اساس تعرفه شورای عالی بیمه و بیمه مرکزی ایران و شرایط توافقی این قرارداد تعیین خواهد شد.

الف) نحوه پرداخت حق بیمه شخص ثالث: هشت قسط مساوی طی هشت ماه بدون اضافه دریافتی بابت تقسیط توسط هریک از بیمه شدگان با توافق بیمه شده و بیمه گر که قسط اول پیش پرداخت منظور می گردد.

ب) نحوه پرداخت حق بیمه بدنه: هشت قسط مساوی طی هشت ماه بدون اضافه دریافتی بابت تقسیط توسط هریک از بیمه شدگان با توافق بیمه شده و بیمه گر که قسط اول پیش پرداخت و ۴۰٪ تخفیف گروهی بیمه بدنه می باشد.

تبصره ۱: بیمه گر متعهد می گردد در قبال صدور بیمه نامه به کارکنان دانشگاه نسبت به تنظیم صورت حسابی که در آن نوع بیمه، مبلغ کل حق بیمه، تخفیفات ارائه شده، تعداد اقساط، مبلغ و سررسید هر قسط، شماره تماس و همچنین شماره حساب جهت واریز اقساط بنام شرکت بیمه گر درج شده و به امضای بیمه شده و مهر و امضای شرکت بیمه گر رسیده باشد در دو نسخه اقدام و یک نسخه از آن را به بیمه شده تسلیم نماید و نسخه دیگر را نزد خود نگهداری نماید. بدیهی است ترتیب چگونگی پرداخت اقساط یا از طریق مراجعه مستقیم کارکنان در سررسیدهایی تعیین شده در صورت حساب به بیمه گر صورت می گیرد که در این صورت بیمه گر بایستی نسبت به ارائه رسید به کارکنان اقدام نماید و یا از طریق واریز به شماره حساب مندرج در صورت حساب در سررسیدهای تعیین شده صورت می گیرد که در این صورت رسید بانکی به عنوان رسید پرداخت قابل قبول خواهد بود.

تبصره ۲: پرداخت اقساط حق بیمه مطابق با ماده ۴ این تفاهم نامه توسط هریک از بیمه شدگان انجام می شود.

تبصره ۳: بیمه گذار در صورت عدم پرداخت حق بیمه توسط هر یک از بیمه شدگان و در صورت اعلام کتبی بیمه گر، نسبت به کسر قسط یا اقساط معوق از حقوق و مزایای بیمه شدگان و واریز آن به شماره حساب اعلامی بیمه گر اقدام می نماید.

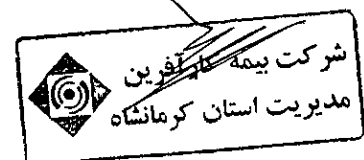
تبصره ۴: در صورت عدم پرداخت به موقع اقساط حق بیمه خودرو خسارت احتمالی قابل پرداخت نمی باشد و جهت پرداخت خسارت بایستی نسبت به تسویه اقساط معوقه اقدام گردد.

ماده ۵: ناظر تفاهم نامه

ناظر این تفاهم نامه اداره رفاه دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه می باشد که موظف به پیگیری حسن انجام قرارداد می باشد.

کلیه مطالب فوق به رویت و تأیید رسید

مهر و امضای مجاز شرکت بیمه





جمهوری اسلامی ایران

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات

بهداشتی فرمانی کرمانشاه

شماره: _____

تاریخ: _____

پیوست: _____

ماده ۶: تخفیفات و تسهیلات

۱-۶: باتوجه به گروهی بودن موارد بیمه شخص ثالث حداکثر تخفیفات قانونی گروهی بدون اعمال تغییرات در سقف تعهدات بیمه‌ای مندرج در بیمه‌نامه و قبل از کسر تخفیفات متعلقه خودرو برای پرسنل اعمال می‌شود.

۲-۶: شرکت بیمه‌گر ملزم به رعایت تمامی تسهیلات و موارد طرح شده در جدول پیشنهادی شرایط موردنظر شرکت، پیوست نامه شماره ۹۰۶/۲۵۰۹۱ تاریخ ۱۴۰۰/۰۴/۲۳ می‌باشد. (جدول پیوست)

۳-۶: در صورتی که بیمه‌گذار در طول مدت بیمه‌ای یک‌ساله از محل بیمه‌نامه‌های بدنه و ثالث مربوطه خسارتی دریافت ننموده باشد به ترتیب سال‌های متوالی که خسارت دریافت ننموده است مشمول تخفیفات قانونی مربوطه خواهد شد.

۴-۶: باتوجه به پرداخت اقساطی حق بیمه‌ها، بیمه‌گر متعهد می‌شود هیچ‌گونه وجه اضافی بابت تقسیط حق بیمه‌ها دریافت ننماید؛ ضمن اینکه تخفیفات عدم خسارت کلیه شرکت‌های بیمه طبق قوانین و مقررات مصوب بیمه مرکزی ایران تعیین و اعمال می‌گردد.

ماده ۷: حل اختلاف:

به حول و قوه الهی اختلافی متصور نیست و در صورت بروز اختلاف، طرفین اعم از اینکه موضوع اختلاف مربوط به اجرای تفاهم‌نامه و سایر اسناد و مدارک منضم به آن باشد سعی خواهند نمود موضوع را از طریق مذاکره حل و فصل نمایند در غیر این صورت مراتب به کمیته ماده ۹۴ آیین‌نامه مالی معاملاتی داذ شگاه به‌عنوان مرجع حل اختلاف احاله خواهد شد و نظر اکثر اعضاء کمیته برای طرفین لازم‌الاجرا است.

ماده ۸: مدت تفاهم‌نامه:

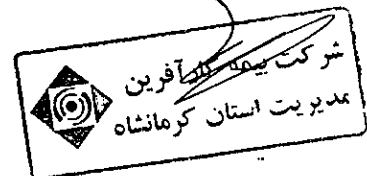
یک سال شمسی از تاریخ ۱۴۰۰/۰۶/۰۱ لغایت ۱۴۰۱/۰۶/۰۱ می‌باشد و بیمه‌گذار در صورت صلاح دید با اطلاع کتبی یک ماه قبلی، مختار است تفاهم‌نامه را یک‌طرفه خاتمه دهد.

تبصره: در صورت خاتمه تفاهم‌نامه یا عدم تمدید آن کلیه تعهدات طرفین تا پایان اعتبار هر بیمه‌نامه معتبر می‌باشد.

۹: ماده محل اقامت طرفین: آدرس قانونی طرفین تفاهم‌نامه همان است که در مقدمه این قرارداد ذکر شده و تا مادامی که هرگونه تغییری کتباً به اطلاع طرف دیگر نرسد هرگونه مراسلات به آدرس مذکور از سال می‌شود و آدرس پستی (آدرس اعلامی) قطعی و دریافت شده تلقی می‌گردد.

کلیه مطالب فوق به رویت و تأیید رسید

مهر و امضای مجاز شرکت بیمه





جمهوری اسلامی ایران

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات

بهداشتی درمانی کرمانشاه

شماره: _____

تاریخ: _____

پیوست: _____

تبصره ۵: بیمه‌گر باید هرگونه تغییر نشانی، اساسنامه و تغییر مدیران و صاحبان مجاز امضا را تا پایان مواعد موضوع این تفاهم‌نامه، ظرف مدت ۴۸ ساعت و کتباً به بیمه‌گذار اطلاع دهد.

ماده ۱۰: شرایط فسخ تفاهم‌نامه

در صورتی که بیمه‌گر بر اساس مفاد تفاهم‌نامه به هر دلیلی نسبت به انجام تعهدات کوتاهی نماید و مفاد تعهدات موضوع تفاهم‌نامه را رعایت ننماید بیمه‌گذار می‌تواند تفاهم‌نامه را یک‌طرفه فسخ و در صورت بروز خسارت بیمه‌گذار (دانشگاه) می‌تواند از طریق مراجع حل اختلاف ماده ۷ همین تفاهم‌نامه در صورت نیاز سایر مراجع حقوقی و قانونی نسبت به جبران خسارات وارده اقدام نماید.

ماده ۱۱: قوانین حاکم:

آیین‌نامه مالی و معاملاتی دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور و ماده یک احکام دائمی قانون برنامه ششم توسعه اجرایی ۱۳۹۶/۰۱/۱۶ و آیین‌نامه اداری و استخدامی اعضای غیر هیئت‌علمی اجرایی ۱۳۹۷/۰۱/۰۱ و همچنین دستورالعمل تضمینات ویژه وزارت بهداشت ابلاغی ۱۳۹۷/۰۳/۰۱ به‌عنوان قوانین ویژه دانشگاه می‌باشند و همچنین مفاد کلیه قوانین و مقررات جاری در خصوص بیمه که مغایر با مفاد آئین‌نامه‌ها و دستورالعمل‌های مو صوف نباشد. بر این تفاهم‌نامه حاکم و نافذ است و نیز در کلیه مواردی که در این تفاهم‌نامه ذکر شده به میان نیامده بر طبق شرایط عمومی بیمه شخص ثالث و بدنه (مصوب شورای عالی بیمه) که جزء لاینفک این تفاهم‌نامه می‌باشد و تحویل بیمه‌گذار شده است عمل خواهد شد و هرگونه تغییر در شرایط بیمه‌نامه‌ها از طرف شورای عالی بیمه از تاریخ تصویب در این تفاهم‌نامه تسری خواهد داشت.

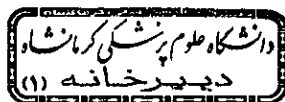
ماده ۱۲: مواد تفاهم‌نامه:

این تفاهم‌نامه در ۱۲ ماده، ۶ تبصره و در سه نسخه که هر یک حکم واحد را دارد تنظیم، امضا و مبادله گردید.

بیمه‌گذار

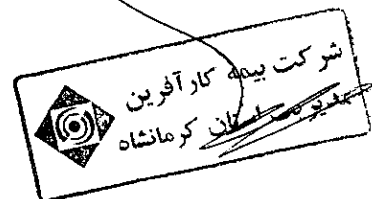
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات

بهداشتی درمانی کرمانشاه



بیمه‌گر


شرکت سهامی بیمه کارآفرین

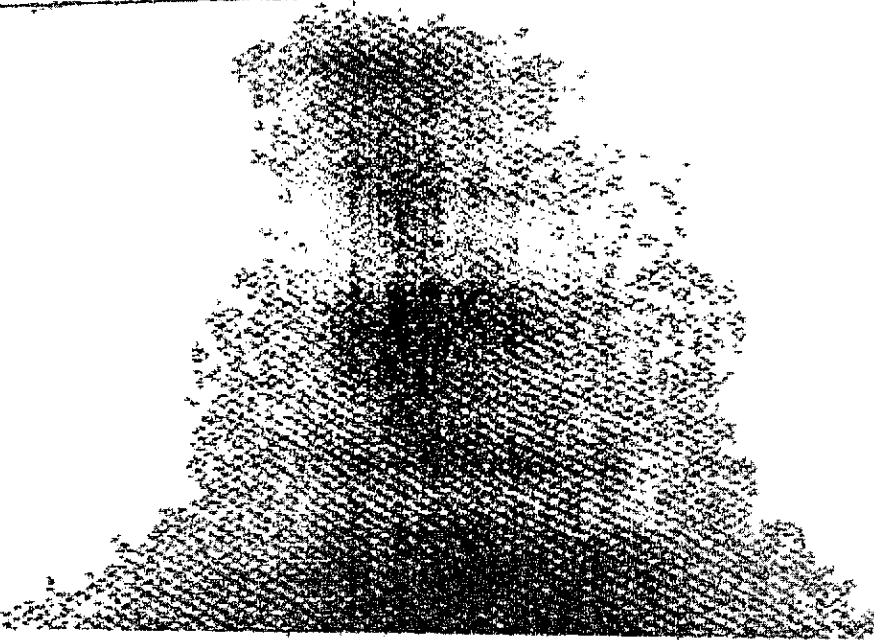


جدول پیشنهادی شرایط مورد نظر توسط شرکت های بیمه ای

تعداد اقساط پیشنهادی بیمه	در صد بیش پرداخت توسط کارمند	در صد بختف گروهی در بیمه بدنه	سایر تسهیلات
۸ قسط	قطر اول بین پرلاف	۳۰ درصد بختف مازاد	<p>صدور بیمه بدنه توسط شرکت تعاونی پرلاف در استان تهران تا ۱۴۰۰</p> <p>صدور بیمه بدنه عمر و سرمایه گذاری با بالاترین شتاب در ایران</p> <p>صدور بیمه تکمیلی درمان با بهترین طرح قرارداد</p> <p>صدور بیمه درمانی در استان تهران و سایر استانها</p> <p>بازدیدهای فرد در روزها با هر ارزشی در محل دفتر نمایندگی</p> <p>راحتت و ایمنی دارم.</p>

بدینوسیله کلیه شرایط اعلامی توسط آن دانشگاه در نامه شماره مورخ

نام و نام خانوادگی مقام مجاز	شم درختان
مهر و امضای شرکت	 شرکت تعاونی پرلاف آفرین مدیریت استان تهران
شماره همراه	۰۳۱۰ ۸۳۱ ۹۱۸



ردیف	نام	نام خانوادگی	کد	شماره تماس	تلفن همراه	شهرستان	آدرس کامل
۱	علی اکبر	احمدی	۲۰۰۸	۴۶۲۳۰۹۱۹	۹۱۸۹۳۳۳۶۲	جوانرود	جوانرود خ بهداری رویروی دفتر خدمات ارتباطی فتاحی کد پستی ۶۷۹۸۱۳۴۹۱۶
۲	علی	اختری	۴۳۵۵	۴۸۴۲۳۰۴	۹۱۸۹۹۵۸۹۵۴	سنقر	سنقر، خیابان مجیدی بالاتر از به مسجد باب الحوائج کد پستی ۶۷۵۱۳۳۵۷۸
۳	آرام	کریمی	۱۸۷۶	۴۶۱۲۱۴۴۲	۹۱۸۸۸۸۲۶۶۵	پاوه	پاوه میدان شهدا (فرمانداری) - خیابان امام محمد فزائی - جنب پاساژ آشتی کد پستی ۶۷۹۱۹۶۴۷۹۹
۵	احسان	سلطان آبادی	۳۶۷۳	۴۸۲۲۵۶۰۰	۰۹۱۸۶۸۱۶۶۹۷ (۹۱۸۷۳۷۲۶۰۰)	کنگلور	کنگلور - میدان آیت اله عراقی - ضلع شمالی کد پستی ۶۷۴۱۷۴۳۸۵۷
۵	ناهید	فزائی	۱۹۱۷	۴۵۲۴۰۰۸۵	۰۹۱۸۴۷۳۰۵۰۷ - ۰۹۱۸۷۵۵۲۳۷۳	اسلام آباد	میدان شهید بهشتی - رویروی پارک ملت - کد پستی ۶۷۶۱۹۳۶۹۴۹
۶	پروا	عظیمی	۲۰۳۶	۴۸۳۳۲۷۰۴	۹۱۸۹۳۸۳۰۹۰	صحنه	صحنه، بلوار امام زین جاده بعد از پل هوایی کد پستی ۶۷۴۶۱۴۶۱۶۷
۷	مهران	منصوری	۳۹۲۴	۴۲۲۳۰۴۸۳	۰۹۳۹۹۲۶۷۴۶۸ - ۰۹۱۸۶۲۳۶۱۷۵	سرپل ذهاب	سرپل ذهاب، خیابان احمد ابن اسحاق پایین تر از حرم کد پستی (قدیمی) ۶۷۷۱۸۱۴۷۴۵

