



شماره: ۹۰۶/۲۳۸۹۳

سال (توبه، انش یون و اشکال آفرین) - مقام منظر رهبری

تاریخ: ۱۴۰۱/۴/۲۰

پیوست: دارد

"طرح عدالت و تعالی نظام سلامت"

"ایران جوانان پان"

معاون محترم...

رئیس محترم دانشکده...

رئیس محترم مرکز آموزشی و درمانی...

رئیس محترم مرکز بهداشت شهرستان کرمانشاه...

رئیس محترم شبکه بهداشت و درمان شهرستان...

موضوع: ثبت نام بیمه تکمیلی درمان کارکنان ۱۴۰۱

با سلام و احترام:

باعنایت به برگزاری مناقصه بیمه تکمیلی درمان کارکنان دانشگاه و افراد تحت تکلف آنان و عقد قرارداد مربوطه با شرکت بیمه آتیه سازان حافظ شعبه مرکزی استان کرمانشاه به آدرس کرمانشاه - آخر گذرنامه - نبش کوچه ۱۰۷ - شرکت بیمه آتیه سازان، خواهشمند است دستور فرمایید ضمن اطلاع رسانی به کلیه همکاران محترم و با رعایت موارد مشروحه ذیل، افرادی که تمایل به عضویت در بیمه تکمیلی درمان دارند حداکثر تا تاریخ ۱۴۰۱/۰۵/۲۰ با مراجعه به پورتال دانشگاه (قسمت کارکنان - درخواست بیمه تکمیلی درمان) و یا آدرس <https://contract.kums.ac.ir:8383> اقدام به ثبت نام نمایند. ضمناً ثبت نام صرفاً از طریق سایت مذکور و در بازه زمانی تعیین شده امکانپذیر بوده و ثبت نام حضوری از طریق تکمیل فرم عضویت امکانپذیر نمیباشد.

۱- کلیه کارکنان رسمی، پیمانی و قراردادی (به غیر از نیروهای شرکتی) میتوانند در صورت تمایل نسبت به تکمیل فرم اینترنتی عضویت جهت خود و افراد تحت تکفل (والدین همسر و فرزندان) اقدام نمایند. ضمناً کارکنان «زن» میتوانند در صورت تمایل نسبت به بیمه افراد تحت تکفل خود نیز اقدام نمایند.

۲- باتوجه به اینکه در قرارداد سال جاری جهت رفاه همکاران دو طرح در قالب طرح الف و طرح ب با سقف پوشش تعهدات و حق بیمه متفاوت (جدول پیوست) در نظر گرفته شده لذا همکاران متقاضی بیمه تکمیلی، بایستی نسبت به انتخاب طرح موردنظر (صرفاً یکی از طرحهای ارائه شده) اقدام نمایند؛ بدیهی است طرح انتخاب شده جهت نفر اصلی و افراد تحت تکفل یکسان است و امکان تغییر طرح تا پایان قرارداد وجود ندارد.

۳- مبلغ حق بیمه ماهانه برای هر نفر در طرح الف ۸۴۵/۰۰۰ ریال و در طرح ب ۱/۴۹۵/۰۰۰ ریال میباشد.

۴- نظر به اینکه برابر قانون پرداخت ۱۰۰ درصد هزینه های درمانی ایثارگران و افراد تحت تکفل آنان به عهده بنیاد شهید و امور ایثارگران میباشد. لذا این دسته از عزیزان در صورتیکه نسبت به تکمیل فرم عضویت بیمه تکمیلی اقدام نمایند حق بیمه آنان بایستی مانند سایر کارکنان همه ماهه از حساب آنان کسر و واریز گردد.

۵- مطابق با تبصره ۴ ماده ۳ قرارداد فرزندان شهید؛ میتوانند در صورت تمایل صرفاً نسبت به بیمه افراد تحت تکفل خود اقدام نمایند لذا به منظور ثبت درخواست باید در سامانه ثبت نام، گزینه مربوطه به فرزندان شهید با عنوان "اینجانب فرزند شهید می باشم و صرفاً متقاضی بیمه افراد تحت تکفل خود هستم" را انتخاب نمایند.

۶- آن مرکز بایستی پس از دریافت لیست افراد ثبت نامی از اداره رفاه نسبت به کسر و واریز ماهیانه مبلغ حق بیمه به شرح بند ۳ از حساب افراد به ازای هر نفر بیمه شده از تاریخ ۱۴۰۱/۰۶/۱۰ لغایت ۱۴۰۱/۰۵/۳۱ به شماره حسابی که متعاقباً اعلام خواهد گردید، حداکثر تا دهم ماه بعد اقدام و فیش واریزی را به انضمام لیست افراد بیمه شده توسط نماینده امور بیمه ای به شعبه مرکزی شرکت مذکور تحویل نمایند.

۷- جهت سهولت در کسورات حق بیمه، مقتضی است دستور فرمایید هر فرد صرفاً از محل دریافت حقوق (پست سازمانی) خود نسبت به ثبت نام اقدام نماید. در این راستا مقتضی است از تأیید لیست افرادی که دارای پست سازمانی آن مرکز نمی باشند جدا خودداری گردد. بدیهی است مسئولیت عدم رعایت این بند مستقیماً به عهده مسئولین آن مرکز میباشد.

۸- به منظور سهولت در پاسخگویی به همکاران مقتضی است دستور فرمایید همکاران محترم از مراجعه مستقیم به دانشگاه و شرکت محترم بیمه آتیه سازان حافظ خودداری نموده و صرفاً



شماره: ۹۰۶/۲۳۸۹۳

سال (توبه، انش یون و انشال آفرین) مدام صنم روبروی

تاریخ: ۱۴۰۱/۴/۲۰

پیوست: دارد

"طرح عدالت و تعالی تمام سلامت"

"ایران جوان بان"

- در مواردی که نیاز به مراجعه باشد، نماینده آن مرکز راسا اقدام نمایند.
- ۹- مقتضی است دستور فرمایید باتوجه به اینکه ثبت نام صرفاً اینترنتی میباشد لذا از تکمیل و ارسال فرم خودداری گردد. در غیر این صورت هیچگونه اقدامی جهت اینگونه موارد مقدور نمی باشد.
 - ۱۰- باتوجه به اینکه تاریخ پایان قرارداد سال گذشته ۱۴۰۱/۰۵/۳۱ است، لذا افراد متقاضی بایستی در صورت تمایل مجدداً نسبت به ثبت نام اقدام نمایند. همچنین افرادی که در سال گذشته موفق به ثبت نام نشده اند در صورت تمایل در سال جاری در مهلت مقرر اقدام نمایند.
 - ۱۱- مهلت دریافت هزینه های بیمارستانی و پاراکلینیکی حداکثر تا چهار ماه و در مورد سه ماه آخر قرارداد (خرداد، تیر، مرداد) حداکثر تا تاریخ ۱۴۰۲/۰۷/۱۵ می باشد و مدارک لازم جهت دریافت هزینه ها و همچنین جدول سقف تعهدات در سایت ثبت نام موجود میباشد.
 - ۱۲- تصویر قرارداد منعقد و مقررات بیمه ای با شرکت بیمه ذکر شده در سایت ثبت نام موجود میباشد بدین منظور همکاران و نماینده امور بیمه ای آن مرکز بایستی نسبت به مطالعه و رعایت مفاد قرارداد اقدام نمایند. بدیهی است عواقب ناشی از عدم رعایت مفاد قرارداد به عهده مسئولین آن مرکز و همکاران گرامی خواهد بود.
 - ۱۳- در خصوص حذف بیمه شدگانی که در طول قرارداد، بازنشسته، فوت، منتقل و یا به نحوی ارتباط استخدامی آنان قطع شود چنانچه از خسارت درمانی استفاده نموده باشند بایستی حق بیمه آنان تا پایان قرارداد به طور کامل واریز شود.
 - ۱۴- از تاریخ ۱۴۰۱/۰۶/۰۱ هرگونه همکاری در خصوص بیمه تکمیلی کارکنان با سایر شرکتهای بیمه ای ممنوع و خلاف مقررات میباشد.
 - ۱۵- آدرس کرمانشاه-آخر گذرنامه-نیش کوچه ۱۰۷-شرکت بیمه آتیه سازان شماره تماس ۰۲۸۳۲۰۴۷ ۰۲۸۳۲۰۴۸ ۰۲۸۳۶۴۹۱۵ ۰۲۸۳۶۴۹۱۶
 - ۱۶- لیست نمایندگی های ویژه جهت پذیرش و رسیدگی اسناد بیمه شدگان به شرح زیر است.

- نفیسه خداداده - نشانی: ستفر - حدفاصل میدان چمران و چهارراه طوطی سابق نیش کوچه رسالت تلفن: ۰۲۳۴۸۴۲۰۰۵۲
- شهناز کریمی - کرمانشاه - بلوار طاقبستان نرسیده به سه راه مسکن جنب پمپ بنزین تلفن: ۰۲۳۴۴۲۹۲۷۰۹
- سعدالله علیپور - کرمانشاه - میدان آزادی خیابان جلیلیان (سیده فاطمه) روبروی اداره اجرائیات تلفن: ۰۲۳۳۸۱۲۵۶۶۰۲
- سمیه کریمی - اسلام آباد غرب - میدان امام خمینی (ره) - پشت بانک کشاورزی روبروی دبیرستان اسماء تلفن: ۰۲۳۴۵۲۳۱۷۴۴
- روزی شاه ابراهیمی - کرمانشاه - خیابان مصدق (دبیر اعظم) کوچه لادن روبروی آزمایشگاه شفا تلفن: ۰۲۳۳۷۲۸۳۲۸۸

صادق کریمی
معاون توسعه مدیریت و منابع

رونوشت به:

- *معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه
- *معاونت محترم امور درمان دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه
- *معاونت محترم دانشجویی و فرهنگی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه
- *معاونت محترم غذا و داروی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه
- *معاونت محترم آموزشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه
- *معاونت محترم امور بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه
- جناب آقای صادق کریمی معاون محترم توسعه مدیریت و منابع
- جناب آقای مهدی محمدی مدیر محترم روابط عمومی
- جناب آقای حسین فرهادی مدیر محترم هسته گزینش

جناب آقای محمدی، جناب آقای محمدی، جناب آقای محمدی، جناب آقای محمدی، جناب آقای محمدی، جناب آقای محمدی، جناب آقای محمدی، جناب آقای محمدی، جناب آقای محمدی، جناب آقای محمدی



شماره: ۹۰۶/۲۳۸۹۳

تاریخ: ۱۴۰۱/۴/۲۰

پیوست: دارد

سال (توبه، انش یان و اشکال آفرین) مسم صفر رهبری

"طرح عدالت و تعالی تمام سلامت"

"ایران جوان بان"

جناب آقای دکتر حسین رحیمی رئیس هیئت مدیره و مدیر عامل بیمارستان

جناب آقای فرشاد شاکری دبیر محترم ستاد شاهد و ایثارگران

جناب آقای مهندس بابک پاک نیا سرپرست محترم آمار و فناوری اطلاعات

سرکار خانم دکتر طاهره ذارابی مشاور و مدیر محترم امور برنامه های رییس دانشگاه

جناب آقای دکتر فرشید ریسی سرپرست محترم دبیرخانه هیات امناء

جناب آقای صادق کریمی مدیر محترم برنامه ریزی، بودجه، پایش عملکرد

جناب آقای دکتر حسین بیگلری رئیس محترم دبیرخانه کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی دانشگاه

جناب آقای دکتر مسعود قلعه سفیدی مدیر محترم سازمان های مردم نهاد و خیرین سلامت

جناب آقای محمد سعید پیمانپور مدیر محترم حراست دانشگاه

سرکار خانم دکتر طاهره ذارابی مدیر محترم بهره وری، خلاقیت و نوآوری

جناب آقای دکتر احمدرضا بیگلری مشاور و رئیس محترم دفتر ریاست

جناب آقای دکتر حمیدرضا اختری مشاور محترم رییس دانشگاه در امور اجرایی

جناب آقای محسن شمس مدیر محترم پشتیبانی و امور رفاهی

جناب آقای دکتر هومن رفیعی سروری رییس محترم اورژانس پیش بیمارستانی و مدیر حوادث

سرکار خانم الهه نصرتی جانشین محترم معاون توسعه مدیریت و منابع

سرکار خانم دکتر گلاره حاتم مدیر محترم توسعه سازمان و تحول اداری

جناب آقای دکتر حسین امیری مدیر محترم بازرسی، ارزیابی عملکرد و پاسخگویی به شکایات

سرکار خانم مهناز تاجبخش سرپرست محترم امور مالی دانشگاه

جناب آقای شهرام دمیدار مدیر محترم منابع انسانی

شعبه شرکت بیمه آتیه سازان حافظ شعبه مرکزی استان کرمانشاه

سرکار خانم اکرم قنبری رییس محترم اداره رفاه و تربیت بدنی

بایگانی الکترونیک بایگانی الکترونیک