



مدیریت / اداره آموزش و پرورش ...

موضوع: بیمه تکمیلی درمان سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹

سلام علیکم

کمیته بررسی بخشنامه ها و دستورالعملهای اداری
واحد مجری استان: معاونت پژوهش، برنامه ریزی و توسعه منابع / اداره
امور رفاهی و پشتیبانی
منطقه/ ناحیه: رئیس / معاون توسعه مدیریت و پشتیبانی
واحدهای آموزشی: ارسال گردد
همانگ کننده در استان: کمیته مستندسازی

با احترام و صلوات بر محمد و آل محمد، به پیوست بخشنامه شماره

۷۳۰/۴۹۶ مورخ ۱۳۹۹/۱۲/۰۶ وزارت متبوع با موضوع " بیمه تکمیلی درمان فرهنگیان شاغل، " در دو طرح الف (بیمه تکمیلی درمان به روش بیمه گری) و طرح ب (بیمه تکمیلی درمان به روش صندوق درمان) از مورخ ۱۳۹۹/۱۲/۰۲ ارسال می گردد. ضروری است ضمن اطلاع رسانی مطلوب به همکاران، با رعایت دقیق شیوه نامه و موارد زیر اقدامات معمول گردد.

۱- تمامی فرهنگیان و افراد تحت تکفل آنان که سال گذشته تحت پوشش بیمه تکمیلی بوده اند و تمایلی به تغییر طرح جاری و یا تغییری در تعداد بیمه شدگان خود ندارند، نیازی به مراجعه به کارشناسی تعاون نداشته و می توانند اطلاعات ثبت شده خود در سامانه شرکت بیمه آتیه سازان حافظ را از آدرس اینترنتی rasatpa.ir مشاهده نمایند. (راهنمای چگونگی ثبت نام در سامانه فوق، پیوست می باشد).

تذکر : همکارانی که دارای مغایرت اطلاعات ثبت شده خود و یا افراد تحت تکفل در سامانه بیمه آتیه سازان هستند (تعداد افراد تبعی و مغایرت سازمانی)، تا تاریخ ۱۳۹۹/۱۲/۲۰ به کارشناسی تعاون منطقه خدمتی خود مراجعه نمایند.

۲- همکاران جدید متقاضی پوشش بیمه تکمیلی درمان، حداکثر تا تاریخ ۱۳۹۹/۱۲/۲۰ با مراجعه به کارشناسی تعاون و امور رفاهی منطقه خود و تکمیل فرم پیوست با توجه به نوع طرح مورد تقاضا (فرم شماره ۱ مربوط به طرح الف و فرم شماره ۲ مربوط به طرح ب) جهت بهره مندی از پوشش بیمه تکمیلی درمان اقدام نمایند. (حق بیمه ماهانه طرح الف و ب پیوست می باشد)

تذکر: فرهنگستانی که متقاضی پوشش بیمه تکمیلی می باشند (اعم از اعضای قدیم و جدید)، صرفاً به همراه همسر و تمامی فرزندان تحت تکفل خود می توانند تحت پوشش قرار گرفته و از مزایای این بیمه نامه بهره مند گردند. مسئولیت اجرای صحیح این ماده به عهده بیمه شده اصلی می باشد.

۳- ضمن ضرورت بر استمرار عضویت، بیمه شدگانی که به هر دلیل متقاضی انصراف از پوشش بیمه ای هستند، تا تاریخ ۱۳۹۹/۱۲/۲۰ فرصت دارند جهت تکمیل فرم انصراف (فرم شماره ۳ پیوست) به کارشناسی تعاون محل خدمت خود مراجعه نمایند.

تذکر ۱ : ضروری است کارشناسی تعاون منطقه نسبت به تایید فرم انصراف از پوشش بیمه تکمیلی اقدام و اصل فرم ها را بایگانی نماید.

تذکر ۲ : در صورت عدم رعایت موارد فوق، انصراف این افراد پذیرفته نشده و حق بیمه تکمیلی از حقوق نامبردگان کسر خواهد شد.

تذکر ۳ : ارائه اسناد هزینه درمان و همچنین مراجعه به مراکز طرف قرارداد شرکت بیمه جهت استفاده از خدمات درمانی از تاریخ ۱۳۹۹/۱۲/۰۲ به بعد به منزله درخواست ادامه بیمه تکمیلی درمان محسوب شده و انصراف از ادامه بیمه برای افراد فوق الذکر میسر نمی باشد.

۴ - مسئول تعاون منطقه حداکثر تا تاریخ ۱۳۹۹/۱۲/۲۵ نسبت به ارسال درخواستها و اطلاعات بیمه شدگان مطابق نمونه فایل پیوست به شرکت آتیه سازان حافظ اقدام نماید. بدیهی است مسئولیت عدم ارسال به موقع و صحیح اطلاعات با مدیریت / اداره



منطقه می‌باشد.

۵ - ضروری است مسئول تعاون منطقه نسبت به تائید فرم‌های درخواست پوشش بیمه شدگان و بایگانی اصل فرم‌ها در منطقه اقدام نماید.

۶ - مسئول تعاون منطقه هر ماه نسبت به تکمیل و ارسال فرم صورت مغایرت (ممه‌ور به مهر منطقه) حداکثر تا تاریخ ۲۵ ماه اقدام نماید.

۷ - زمان جمع‌آوری اطلاعات بیمه شدگان جدید و اعلام هرگونه تغییرات اطلاعات بیمه شدگان قدیم (توسط منطقه) به شرکت آتیه سازان حافظ، حداکثر تا تاریخ ۱۳۹۹/۱۲/۲۵ بوده و این زمان قابل تمدید نیست. مسئولیت عدم ارسال به موقع و صحت اطلاعات با مدیریت/ اداره منطقه است.

محمد صیدلو
مدیر کل