



شماره: ۷۳۰/۴۹۶

تاریخ: ۱۳۹۹/۱۲/۶

پیوست: دارد

گفته مستندسازی

بخشنامه‌ها و دستورالعمل‌های اداری
اعضای شورای معاونان جهت استحضار
واحدهای محری:
استان مازندران
شهرستان ساری، منطقه ناحیه مدیر
واحدهای آموزشی:
شماره‌کننده در استان گفته مستندسازی
کد: ۱۹/۱۲/۲۰/۷۳۰/۴۹۶/ص ۳+فایل

مدیرکل محترم آموزش و پرورش استان

با سلام و احترام

در راستای اجرای فعالیت ۳-۸ بیمه درمان تکمیلی، ذیل برنامه شماره ۱ "تدوین و اجرای نظام رفاهی و تسهیلات حمایتی برای معلمان"، از زیر نظام "تامین و تخصیص منابع مالی برنامه" ابلاغی سال ۱۳۹۹، موضوع بخشنامه شماره ۱۴۰/۱۱۶ مورخ ۱۳۹۹/۰۲/۰۳ و با عنایت به اهتمام وزارت متبوع برای تامین سلامت کارکنان آموزش و پرورش و استمرار پوشش بیمه درمان تکمیلی فرهنگیان شاغل؛ بدین منظور در جهت صرفه و صلاح بیمه شدگان، تفاهم‌نامه بیمه درمان تکمیلی فی مابین این وزارت و شرکت آتیه‌سازان حافظ در دو طرح "الف" و "ب" (به شرح ذیل) منعقد و برای اجرا از تاریخ ۱۳۹۹/۱۲/۲ لغایت ۱۴۰۰/۱۲/۰۱ ارسال می‌گردد.

طرح الف) بیمه تکمیلی درمان به روش بیمه‌گری (به شرح جدول مندرج در شیوه‌نامه پیوست)

طرح ب) بیمه تکمیلی به روش صندوق درمان (به شرح جدول مندرج در شیوه‌نامه پیوست)

ضروری است هر یک از ادارات کل آموزش و پرورش استان‌ها، با رعایت دقیق شیوه‌نامه‌ی پیوست و موارد ذیل، تلاش و کوشش خود را در خصوص اجرای هرچه بهتر این امر، اطلاع‌رسانی لازم و کسب رضایت بیمه‌شدگان معمول دارند.

۱- همکاران متقاضی جدید، می‌توانند حداکثر تا تاریخ ۱۳۹۹/۱۲/۲۰ با مراجعه به کارشناسی تعاون و امور رفاهی ادارات آموزش و پرورش محل خدمت خود ضمن تکمیل فرم پیوست نسبت به انتخاب یکی از دو طرح "الف" یا "ب" جهت بهره‌مندی از پوشش بیمه تکمیلی اقدام نمایند.

۲- ضروری است فرهنگیان متقاضی جهت بیمه نمودن خود، همسر و تمامی فرزندان تحت تکفل از تاریخ ۱۳۹۹/۱۲/۲ الزاماً یکی از دو طرح مذکور در بند "۱" را انتخاب نمایند.

۳- تأکید می‌گردد فرهنگیان محترمی که از تاریخ ۱۳۹۹/۱۲/۲ متقاضی پوشش بیمه تکمیلی می‌باشند (اعم از اعضای قدیم و جدید) **صرفاً به همراه همسر و تمامی فرزندان** می‌توانند تحت پوشش قرار گرفته و از مزایای این بیمه‌نامه بهره‌مند گردند.



شماره: ۷۳۰/۴۹۶

تاریخ: ۱۳۹۹/۱۲/۶

پیوست: دارد

۴- بیمه شدگانی که به هر دلیل، متقاضی انصراف از پوشش بیمه‌ای می‌باشند تا تاریخ ۱۳۹۹/۱۲/۲۰ فرصت دارند جهت تکمیل فرم انصراف (پیوست) به کارشناسی تعاون و امور رفاهی ادارات محل خدمت خود مراجعه نموده و ادارات نیز موظف به ابطال عضویت این بیمه‌شدگان می‌باشند. بدیهی است در غیر این صورت انصراف این افراد پذیرفته نشده و حق بیمه تکمیلی از حقوق نامبردگان کسر خواهد شد.

تصوه: ارائه اسناد هزینه درمان و همچنین مراجعه به مراکز طرف قرارداد شرکت بیمه جهت استفاده از خدمات درمانی از تاریخ ۱۳۹۹/۱۲/۲ به بعد به منزله درخواست ادامه بیمه تکمیلی درمان محسوب شده و انصراف از ادامه بیمه برای افراد فوق‌الذکر میسر نمی‌باشد.

۵- ادارات تعاون و امور رفاهی استان‌ها و مناطق و نواحی تابعه تا تاریخ ۱۳۹۹/۱۲/۲۵ می‌بایست کلیه درخواست‌های متقاضیان بیمه تکمیلی درمان را پس از تأیید؛ به شعب شرکت آتیه سازان حافظ تحویل نمایند.

۶- حق بیمه ماهیانه در طرح "الف" برای هر نفر از کارکنان رسمی، پیمانی، قراردادی و افراد تحت تکفل ایشان که توسط متقاضی پرداخت می‌شود مبلغ ۸۵۰,۰۰۰ ریال می‌باشد که تماماً از حقوق کارمند کسر می‌گردد.

۷- حق بیمه ماهیانه در طرح "الف" با توجه به خدمات ارائه شده برای والدین و همسر کارکنان مونث که توسط متقاضی پرداخت می‌شود مبلغ ۷۷۰,۰۰۰ ریال می‌باشد که تماماً از حقوق کارمند کسر می‌گردد.

۸- حق بیمه ماهیانه در طرح "ب" برای هر نفر از کارکنان رسمی، پیمانی و افراد تحت تکفل ایشان که توسط متقاضی پرداخت می‌شود مبلغ ۴۹۵/۰۰۰ ریال می‌باشد که تماماً از حقوق کارمند کسر می‌گردد.

۹- حق بیمه ماهیانه در طرح "ب" برای هر نفر از کارکنان قراردادی و افراد تحت تکفل ایشان که توسط متقاضی پرداخت می‌شود مبلغ ۴۹۵/۰۰۰ ریال می‌باشد که تماماً از حقوق کارمند کسر می‌گردد.

۱۰- در طرح "ب" والدین تمامی کارکنان و همسر کارکنان مونث (قرارداد نوع دوم) مطابق با جدول و مفاد شیوه‌نامه پیوست با مبلغ سرانه ۷۶۰/۰۰۰ ریال به ازای هر نفر تحت پوشش قرار می‌گیرند.

۱۱- کارکنان سازمان‌های وابسته همچون سازمان پژوهش و برنامه‌ریزی آموزشی، نهضت سوادآموزی، سازمان مشارکت‌های مردمی، سازمان نوسازی، توسعه و تجهیز مدارس، دانشگاه شهید رجایی، کانون پرورش فکری کودکان و نوجوانان و ... همچون سنوات گذشته و به شرط تأمین و پرداخت صد درصد حق بیمه می‌توانند تحت پوشش قرار گیرند.



شماره: ۷۳۰/۴۹۶

تاریخ: ۱۳۹۹/۱۲/۶

پیوست: دارد

۱۲- ادارات کل آموزش و پرورش استان‌ها باید هر ماه نسبت به تجمیع مبالغ سرانه طرح "ب" (کسرشده از حقوق همکاران استان) و واریز یک جای آن به حساب شماره ۱-۸۶۸۶-۸۱۰-۱۰۲۴ (شماره شبا IR ۲۳۰۵۸۰۱۰۲۴۸۱۰۰۰۰۰۸۶۸۶۰۰۱ نزد بانک سرمایه - شعبه‌ی آموزش و پرورش) به نام شرکت بیمه معلم (به عنوان ناظر) و همچنین تجمیع مبالغ سرانه طرح "الف" و واریز به حساب جام به شماره ۳۶۴۰۴۸۶۵۹۱ بانک ملت - شعبه پاسداران - کد ۶۵۵۷۳ به نام شرکت آتیه‌سازان حافظ اقدام نمایند.

* تکمیل و ارسال فرم آمار و اطلاعات بیمه‌شدگان به انضمام تصویر چک یا حواله واریزی در طرح "ب" به اداره کل رفاه و پشتیبانی و ارسال اصل چک صادره و یا رسید حق بیمه واریزی در طرح "الف" به شعب شرکت آتیه‌سازان حافظ در استان بلافاصله بعد از کسر سرانه از حقوق کارکنان الزامی است.

۱۳- زمان جمع‌آوری اطلاعات بیمه‌شدگان جدید و اعلام هرگونه تغییرات اطلاعات بیمه‌شدگان قدیم توسط ادارات آموزش و پرورش به شرکت آتیه‌سازان حافظ حداکثر تا تاریخ ۱۳۹۹/۱۲/۲۵ بوده و این زمان قابل تمدید نمی‌باشد.

علی الهیار ترکمن
معاون برنامه ریزی و توسعه منابع