



باسمه تعالی

اعضای محترم شاغل و بازنشسته دانشگاه

همکاران محترم شرکتی

با سلام و احترام

ضمن آرزوی سلامتی برای کلیه همکاران محترم شاغل و بازنشسته دانشگاه، نظر به اعلام نتیجه مناقصه بیمه های دانشگاه و اعلام برنده مناقصه و انعقاد قرارداد با شرکت بیمه **تجارت** **نو** از تاریخ: ۱۴۰۰/۱۱/۲۰ لغایت ۱۴۰۱/۱۱/۲۰ خواهشمند است ضمن توجه به نکات ذیل حداکثر تا پایان وقت اداری روز سه شنبه مورخ ۱۴۰۰/۱۲/۳ جهت ثبت نام و انتخاب طرح بیمه درمان با توجه به جدول تعهدات و سقف پوشش های (طرح یک و دو) که در پیوست آمده است از طریق لینک زیر نسبت به ثبت نامه بیمه تکمیلی درمان اقدام فرمایید. لازم به ذکر است این مهلت قابل تمدید نمی باشد و ثبت نام صرفاً از طریق مراجعه به لینک زیر امکان پذیر خواهد بود.

نکات قابل توجه

- منظور از بیمه شده اصلی: اعضای هیات علمی، غیر هیات علمی شاغل و بازنشسته و همکاران شاغل شرکتی می باشد.
- منظور از بیمه شده فرعی شامل: همسر، فرزندان، پدر و مادر بیمه شدگان اصلی، فرزندان اناث مطلقه و فرزندان آنان، کلیه افراد تحت تکفل قانونی، همسر و افراد تحت تکفل بازنشستگان، فرزندان دچار معلولیت ذهنی و یا از کارافتاده.
- فرزندان ذکور و اناث مجرد غیر شاغل بیمه شده اصلی می تواند تا پایان اشتغال به تحصیل تحت پوشش بیمه درمان تکمیلی قرار می گیرند و در صورت اشتغال و ازدواج امکان بهره مندی از پوشش بیمه تکمیلی را ندارند.





مراحل ثبت نام از طریق لینک سامانه:

گام اول: مراجعه به ادرس ذیل در مرورگر chrome

<https://darman.tejaratinsurance.com/reg>

- **گام دوم:** در قسمت شناسه اینترنتی ثبت نام ، عبارت alzahra1400 را وارد نمایید.
- **گام سوم:** ورود کدملی بیمه شده اصلی و سپس کلیک بر روی تب شروع فرایند ثبت نام
- **گام چهارم:** مشاهده جدول تعهدات و سقف پوشش ها و سپس در انتهای جدول انتخاب طرح مورد نظر (طرح ۱ یا ۲)
شایان ذکر است مبلغ ماهانه طرح یک ۱،۹۸۰،۰۰۰ ریال و طرح دو ۲،۹۸۰،۰۰۰ ریال می باشد.
- **گام پنجم:** تکمیل کامل اطلاعات عضو (بیمه شده اصلی) و اعضای تبعی (پدر، مادر، همسر، پسر، دختر)
- **گام ششم:** ذخیره اطلاعات
- **گام هفتم:** ذخیره فایل اطلاعات ثبت نام جهت پیگیری های بعدی

لازم به ذکر است در صورت نیاز به اصلاح و ویرایش اطلاعات جهت ورود به سامانه ثبت نام ، نام کاربری: کد ملی بیمه شده اصلی و کلمه عبور: شماره شناسنامه بیمه شده اصلی می باشد

نکته ۱: در تکمیل فرم بیمه تکمیلی شماره شبا و تلفن همراه مربوط به بیمه شده اصلی مد نظر می باشد.

نکته ۲: در صورتی که بیمه شده اصلی هر یک از طرح ها را انتخاب نماید افراد خانواده ایشان نیز از همان طرح انتخاب شده بیمه گر اول تبعیت می نمایند.

نکته ۳: شایان ذکر است مسئولیت ارسال اطلاعات نادرست بر عهده بیمه شده اصلی می باشد در صورت درج اطلاعات اشتباه طبق قوانین بیمه ای عمل خواهد شد.



شایان ذکر است جهت مراجعه به مراکز درمانی طرف قرارداد شرکت مذکور ضروریست عبارت **فهرست مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه تجارت نو** را در گوگل سرچ فرمایید.

جهت مزید اطلاع و اطمینان از مراکز طرف قرارداد با بیمه تجارت نو مقتضی است قبل از مراجعه به مرکز مورد نظر با شماره تلفن آن مرکز تماس حاصل فرمایید

مبلغ تعهدات طرح دو (ویژه)	مبلغ تعهدات طرح یک (پایه)
۲/۹۸۰/۰۰۰ ریال	۱/۹۸۰/۰۰۰ ریال

توضیحات	بیمه شدگان دانشگاه	ردیف
<ul style="list-style-type: none"> در صورت انتخاب طرح ۱ پنجاه درصد از حق بیمه اعضای دانشگاه و بازنشستگان صندوق بازنشستگی و افراد تحت تکفل ایشان به ازای هر نفر ماهانه مبلغ ۹۹۰/۰۰۰ ریال می باشد. در صورت انتخاب طرح ۲ سهم عضو برای هر نفر مبلغ ۱/۹۹۰/۰۰۰ ریال می باشد (مابه التفاوت طرح ۲ نسبت به طرح ۱ ماهانه مبلغ ۱/۰۰۰/۰۰۰ ریال است که به عهده عضو خواهد بود). 	بیمه شده اصلی: کارکنان رسمی، پیمانی، قراردادی، بازنشستگان	۱
بازنشستگان تامین اجتماعی مطابق سال های گذشته در ابتدای قرارداد حق بیمه خود و افراد تحت تکفل را به میزان ۵۰ درصد طرح یک به صورت کامل (یک سال) به حساب دانشگاه واریز نمایند.		
<ul style="list-style-type: none"> در صورت انتخاب طرح ۲ سهم عضو برای هر نفر مبلغ ۱/۹۹۰/۰۰۰ ریال می باشد (مابه التفاوت طرح ۲ نسبت به طرح ۱ ماهانه مبلغ ۱/۰۰۰/۰۰۰ ریال است که به عهده عضو خواهد بود). 		



<ul style="list-style-type: none"> • در صورت انتخاب طرح ۱ پنجاه درصد از حق بیمه اعضای دانشگاه و بازنشستگان صندوق بازنشستگی و افراد تحت تکفل ایشان به ازای هر نفر ماهانه مبلغ ۹۹۰/۰۰۰ ریال می باشد. • در صورت انتخاب طرح ۲ سهم عضو برای هر نفر مبلغ ۱/۹۹۰/۰۰۰ ریال می باشد (مابه التفاوت طرح ۲ نسبت به طرح ۱ ماهانه مبلغ ۱/۰۰۰/۰۰۰ ریال است که به عهده عضو خواهد بود) 	بیمه شدگان فرعی شامل : همسر، فرزندان، پدر و مادر بیمه شدگان اصلی، فرزندان اناث مطلقه و فرزندان آن، کلیه افراد تحت تکفل قانونی، همسر و افراد تحت تکفل بازنشستگان، فرزندان دچار معلولیت ذهنی و یا از کارافتادگی	۲
<ul style="list-style-type: none"> • طرح یک به عنوان طرح بیمه درمان تکمیلی ایثارگران در نظر گرفته شده است . • در صورت انتخاب طرح ۲ پرداخت مبلغ مابه التفاوت با طرح ۱ (ماهانه مبلغ ۱/۰۰۰/۰۰۰ ریال به عهده فرد می باشد. 	ایثارگران گرانقدر(جانبازان و آزادگان، والدین، همسر و فرزندان شهدا)	۳
<ul style="list-style-type: none"> • طرح یک به عنوان طرح بیمه درمان تکمیلی کارکنان شرکتی در نظر گرفته شده است. • در صورت انتخاب طرح ۲ پرداخت مبلغ مابه التفاوت با طرح ۱ (ماهانه مبلغ ۱/۰۰۰/۰۰۰ ریال به عهده فرد می باشد. شایان ذکر است حق بیمه کارکنان شرکتی به صورت صد در صد توسط دانشگاه و حق بیمه خانواده ایشان صد در صد توسط عضو شرکتی پرداخت می گردد. 	کارکنان پشتیبان و خدماتی شرکتی	۴

با تجدید احترام
 زینت زارع
 مدیر امور اداری و پشتیبانی