



بخشنامه

شماره سند: RG-HR-9808

تاریخ: ۱۳۹۸/۰۷/۰۶

پیوست: ندارد

صفحه ۱ از ۲

مخاطبین	کلیه همکاران ستادی و شعب
موضوع	بیمه درمان تکمیلی

با عنایت به انقضای قرارداد بیمه درمان تکمیلی کارکنان در تاریخ ۱۳۹۸/۰۶/۳۱ و لزوم تنظیم لیست نهایی جهت انعقاد قرارداد سال جاری (۹۸/۰۷/۰۱ لغایت ۹۹/۰۶/۳۱)، مقتضی است کلیه همکارانی که مشمول پوشش بیمه درمان تکمیلی می باشند، هرگونه تغییرات اعم از کاهش یا افزایش افراد تحت تکفل و نیز آن دسته از همکارانی که دوره آزمایشی ایشان به پایان رسیده است مدارک مورد نیاز جهت برقراری پوشش بیمه ای مذکور را حداکثر تا تاریخ ۱۳۹۸/۰۷/۱۰ به این مدیریت اعلام نمایند.

لازم به ذکر است در پوشش جدید رعایت موارد ذیل ضروری بوده و عدم رعایت به منزله انصراف خواهد بود، همچنین با توجه به در نظر گرفتن بیمه درمان تکمیلی به عنوان عامل رفاهی برای پرسنل محترم، شرایط و شیوه استفاده همانند سال گذشته و با تغییرات جزئی جهت رفاه حال پرسنل مصوب گردیده است.

- حق بیمه درمان تکمیلی در سال جدید، مبلغ ۶۰۰.۰۰۰ ریال برای هر نفر (شخص بیمه شده و افراد تحت تکفل) می باشد و برای والدین شرایط سنی مندرج در سال قبل حذف شده و اضافه نرخ وجود نخواهد داشت.
 - لازم به ذکر است مبلغ اعلامی ۲۵٪ حق بیمه می باشد و ۷۵٪ توسط شرکت بیمه آرمان پرداخت می گردد.
- کلیه همکاران موظف به برقراری بیمه درمان تکمیل برای خود، همسر و فرزندان می باشند.
 - لازم به ذکر است اگر در مواردی خانواده همکاران تحت پوشش تکمیلی بیمه ای دیگر می باشند، می توانند با ارائه مدارک مثبت (مبنی بر داشتن بیمه درمان تکمیلی در ارگانی دیگر) همسر و فرزندان خود را حذف نمایند و در طول مدت قرارداد نمی توانند مجدد اسامی را وارد نمایند.
 - برقراری بیمه درمان تکمیلی برای پدر و مادر فقط در ابتدای انعقاد قرارداد قابل انجام است و پس از آن تا پایان قرارداد اسامی پدر و مادر در لیست اضافه نمی گردد، به غیر از استخدامی های جدید که پس از طی سه ماهه آزمایشی قادر به برقراری اسامی در لیست می باشند.
 - برقراری بیمه درمان تکمیلی در طول مدت قرارداد (تا پایان شهریور ماه ۹۹) فقط برای موارد خاص (تولد فرزند و ازدواج) امکان پذیر می باشد و قطع بیمه درمان نیز فقط با ارائه مدارک خاص (فوت و طلاق) امکان پذیر می باشد.
- فرزندان پسر تا سن ۱۸ سال تمام و در صورت اشتغال به تحصیل با ارائه گواهی تحصیلی (دکتر) تا سن ۲۷ سال و فرزندان دختر تا زمان ازدواج می توانند تحت پوشش بیمه درمان تکمیل قرار بگیرند.

موارد منسوخ شده: ندارد	نام ابلاغ کننده: جناب آقای حمیدرضا امیرحسینخانی - معاونت اجرایی
دامنه کاربرد: کلیه همکاران ستادی و شعب	مرجع پاسخگویی: مدیریت منابع و تعالی سرمایه انسانی
تاریخ اجراء: از تاریخ ۹۸/۰۷/۰۱	مدت اجراء: تا اطلاع ثانوی
مدارک و مستندات مرتبط و وضعیت: ندارد	مرجع ناظر: مدیریت اداری و منابع انسانی
	نحوه ابلاغ: الکترونیکی



بخشنامه

شماره سند: RG-HR-9808

تاریخ: ۱۳۹۸/۰۷/۰۶

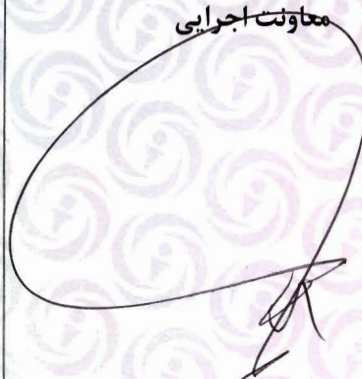
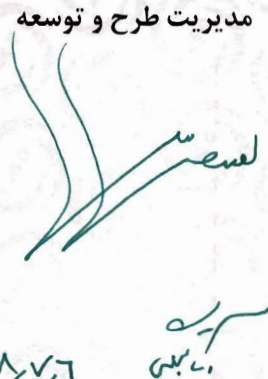

پیوست: ندارد

صفحه ۲ از ۲

- ۴) موارد حذفی در قرارداد پیشین مانند دندانپزشکی والدین و هزینه های لنز و عینک والدین در قرارداد جدید با سقف تعیین شده (دندانپزشکی ۳۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال و عینک و لنز هر ۲ سال یکبار تا سقف ۵.۰۰۰.۰۰۰ ریال) قابل پرداخت می باشد.
- ۵) باقی موارد همانند قرارداد سال گذشته با تغییر شیب مثبت جهت رفاه حال پرسنل خدوم بیمه آرمان تهیه و تنظیم شده است.

همکاران محترم می بایست تا تاریخ اعلام شده (۹۸/۰۷/۱۰) حذف و یا اضافه افراد تحت تکفل خود را اعلام نمایند و عدم اطلاع رسانی به موقع جهت کاهش و یا افزایش به منزله تمدید قرارداد به صورت سابق خواهد بود.

شایان ذکر است همکاران محترم در این خصوص می بایست فرم "مشخصات بیمه شدگان بیمه درمان تکمیلی کارکنان بیمه آرمان" با شماره FM-HR-06/02، بارگزاری شده در قسمت فرم های منابع انسانی سایت شرکت بیمه آرمان را تکمیل نموده و جهت هرگونه پرسش و رفع ابهام با سرکار خانم چگینی کارشناس منابع انسانی با داخلی ۱۱۰۱ تماس حاصل نمایند.

<p>معاونت اجرایی</p> 	<p>مدیریت طرح و توسعه</p>  <p>۹۸،۷،۶</p>	<p>مدیریت منابع و تعالی سرمایه انسانی</p> 
---	---	---

نام ابلاغ کننده: جناب آقای حمیدرضا امیرحسینخانی - معاونت اجرایی	موارد منسوخ شده: ندارد		
مرجع پاسخگویی: مدیریت منابع و تعالی سرمایه انسانی	دامنه کاربرد: کلیه همکاران ستادی و شعب		
نحوه ابلاغ: الکترونیکی	مرجع ناظر: مدیریت اداری و منابع انسانی	مدت اجراء: تا اطلاع ثانوی	تاریخ اجراء: از تاریخ ۹۸/۰۷/۰۱
مدارک و مستندات مرتبط و وضعیت: ندارد			



فرم مشخصات بیمه‌شدگان بیمه درمان تکمیلی کارکنان بیمه آرمان

شماره سند: FM-HR-06/02

تاریخ: / / ۱۳

پیوست:

صفحه: ۱ از ۱

متقاضی محترم

با آرزوی سلامتی برای شما و خانواده محترمتان، خواهشمند است با دقت و حوصله و بدون قلم خوردگی به تکمیل این فرم اقدام فرمایید

مدیریت منابع و تعالی سرمایه انسانی

مشخصات بیمه نامه:

نام بیمه گذار: شرکت بیمه آرمان
شماره بیمه نامه:

مشخصات بیمه شده اصلی:

نام و نام خانوادگی: شماره پرسنلی:
نام پدر: شماره شناسنامه:
تاریخ تولد: کدملی:
محل صدور شناسنامه: شماره بیمه تامین اجتماعی:

مشخصات بیمه شده فرعی: (پدر، مادر، همسر و فرزند)

ردیف	نام	نام خانوادگی	تاریخ تولد	شماره شناسنامه	محل صدور شناسنامه	کدملی	نوع بیمه شده	
							نسبت	تحت تکفل / عادی

دارای سابقه بیمه درمان تکمیلی نزد تا تاریخ می باشم.

تاریخ امضای متقاضی
تاریخ مهر و امضای بیمه گذار