



## بخشنامه

شماره سند: CC-LF-9902  
تاریخ: ۱۳۹۹/۰۹/۰۵  
پیوست: دارد  
صفحه ۱ از ۱

پرسنل ستاد و شعب سراسر کشور

مخاطبین

صدور بیمه عمر و سرمایه گذاری ویژه کارکنان بیمه آرمان

موضوع

با عنایت به موافقت معاونت فنی بیمه های اشخاص و هیئت مدیره محترم شرکت، صدور بیمه نامه عمر و سرمایه گذاری با شرایط ویژه کارکنان صنعت بیمه، برای همکاران محترم و بستگان درجه یک ایشان از تاریخ ۱۳۹۹/۰۹/۰۱ به شرح ذیل میسر گردید:

- ۱- در این طرح هزینه های اداری بیمه گر صفر و در نتیجه بالغ بر ۲۰ درصد اندوخته همکاران به نسبت سایر بیمه گذاران بیشتر خواهد بود.
- ۲- علاوه بر همکاران محترم، منسوبین درجه یک ایشان (پدر، مادر، برادر، خواهر، همسر و فرزندان) با رعایت شرایط سنی (حداکثر سن مورد قبول ۶۰ سال) و مقررات جاری می توانند از شرایط مذکور برخوردار گردند.
- ۳- حق بیمه از حقوق همکاران کسر می گردد.
- ۴- در صورت قطع همکاری، بیمه نامه با پرداخت حق بیمه توسط بیمه گذار و طبق شرایط قبلی ادامه خواهد داشت.
- ۵- همکاران محترم جهت برخورداری از شرایط اعلام شده با مراجعه به شعب نسبت به دریافت و تکمیل فرم پیشنهاد و تکمیل فرم درخواست صدور بیمه عمر و سرمایه گذاری ویژه کارکنان اقدام فرمایند.

\*مسئولیت حسن اجرای بخشنامه به عهده مدیران ستادی، مدیران مناطق و روسای شعب می باشد.\*

مدیریت بیمه های عمر و حادثه

مدیریت طرح و توسعه

معاونت فنی بیمه های اشخاص و معاونت

بازاریابی و فروش



موارد منسوخ شده: ندارد

نام ابلاغ کننده: جناب آقای الماسی - سرپرست معاونت فنی بیمه های اشخاص و سرپرست معاونت بازاریابی و فروش

مرجع پاسخگویی: مدیریت بیمه های عمر و حادثه

دامنه کاربرد: کلیه روسا و سرپرستان شعب سراسر کشور

نحوه ابلاغ: اتوماسیون

مرجع ناظر: معاونت فنی

مدت اجراء: تا اطلاع ثانوی

تاریخ اجراء: از تاریخ ابلاغ

مدارک و مستندات مرتبط و وضعیت: فرم درخواست صدور بیمه عمر و سرمایه گذاری کارکنان به شماره FM\_HR\_17/01



# فرم درخواست صدور بیمه عمر و سرمایه گذاری کارکنان

شماره سند: FM-HR-17/01

تاریخ: / / ۱۳

پیوست: .....

صفحه: ۱ از ۱

درخواست کننده

با سلام و احترام؛

خواهشمند است با تقاضای اینجانب ..... به شماره پرسنلی ..... به تاریخ استخدامی ...../...../..... ۱۳ مشغول در مدیریت/شعبه ..... جهت صدور بیمه عمر و سرمایه گذاری طبق شرایط و مقررات جاری، به صورت پرداخت اقساط بیمه نامه از طریق کسر از حقوق اینجانب موافقت فرمائید.

**بند ۲ دستورالعمل تخفیف کارمندی:** هر یک از کارکنان بیمه آرمان می توانند پس از گذشت ۳ ماه از تاریخ همکاری و ارائه تاییدیه مدیریت منابع و تعالی سرمایه انسانی از شرایط ویژه کارمندی استفاده نمایند. صدور بیمه نامه قبل از این تاریخ بصورت عادی و پرداخت خسارت بر اساس شرایط مندرج در بیمه نامه می باشد.

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمه شده	نسبت با بیمه گذار (همکار)

با سپاس  
تاریخ و امضاء

مدیریت بیمه های عمر

تقاضای نامبرده مطابق دستورالعمل می باشد  نمی باشد

بعلت مغایرت با مفاد بند ..... دستورالعمل می باشد.

توضیحات: .....  
تعداد اقساط ..... مبلغ هر قسط ..... ریال و تاریخ شروع پرداخت اولین قسط .....

امضاء مدیریت بیمه های عمر  
و سرمایه گذاری

مدیریت منابع انسانی

مدت قرارداد نامبرده تا تاریخ ..... و نوع قرارداد به صورت: تمام وقت  می باشد. تخلف انضباطی: دارد  ندارد

امضاء مدیریت منابع انسانی

(\*\*محل بایگانی این فرم پس از تکمیل در پرونده پرسنلی متقاضی می باشد\*\*)

معاونت اجرایی

با اعطای تخفیف کارمندی نامبرده موافقت می گردد  موافقت نمی گردد

امضاء معاونت اجرایی

مدیریت مالی

کسر از حقوق نامبرده مطابق محاسبات مدیریت عمر و سرمایه گذاری از تاریخ ..... اعمال گردید.  
امضاء مدیریت مالی و سرمایه گذاری