



آگهی

اداره کل آموزش و پرورش استان

معاونت

سازمان

دفتر

با سلام و احترام

با عنایت به پایان قرارداد بیمه درمان تکمیلی و اهتمام وزارت متبوع برای تداوم و استمرار راستای تأمین سلامت کارکنان آموزش و پرورش؛ تفاهم‌نامه بیمه درمان تکمیلی فی‌مابین این آتیه‌سازان حافظ منعقد و برای اجرا از تاریخ ۱۳۹۶/۸/۱ ارسال می‌گردد.

ضرورت دارد هر یک از ادارات کل آموزش و پرورش، با رعایت دقیق شیوه‌نامه‌ی پیوست و و کوشش خود را در خصوص اجرای هرچه بهتر این امر و کسب رضایت بیمه‌شدگان معمول ۱. فرهنگیان متقاضی و تمامی افراد تحت‌تکفل آن‌ها که در سال گذشته تحت پوشش بیمه ۱۳۹۶/۸/۱ کماکان تحت پوشش صندوق درمان بوده و می‌توانند از خدمات بیمه‌ای بهره ۲. همکاران متقاضی جدید می‌توانند حداکثر تا تاریخ ۱۳۹۶/۸/۳۰ با مراجعه به کارشناسی ادارات آموزش و پرورش محل خدمت خود با تکمیل فرم پیوست از پوشش بیمه تکمیلی ۳. تأکید می‌گردد فرهنگیان محترمی که از تاریخ ۱۳۹۶/۸/۱ متقاضی پوشش بیمه تکمیلی اعضای قدیم و جدید) صرفاً به همراه تمامی افراد تحت‌تکفل خود می‌توانند تحت پوشش مزایای این بیمه‌نامه بهره‌مند گردند.

۴. بیمه‌شدگانی که به هر دلیل متقاضی انصراف از پوشش بیمه‌ای می‌باشند تا تاریخ ۱۳۰/۳۰ دارند جهت تکمیل فرم انصراف (پیوست) به ادارات رفاه محل خدمت مراجعه و ادارات مو ابطال هولوگرام این بیمه‌شدگان می‌باشند. بدیهی است در غیر این‌صورت انصراف این افراد حق بیمه تکمیلی از حقوق نامبردگان کسر خواهد شد.

۵. سهم‌بیمه ماهانه برای هر نفر از کارکنان رسمی، پیمانی و افراد تحت‌تکفل ایشان مبلغ ۰/۰۰۰/۰۰۰ در راستای حمایت از همکاران محترم قراردادی و افراد خانواده آن‌ها نرخ سرانه ماهانه برآورد جاری بدون افزایش حق بیمه، همچون سال گذشته مبلغ ۳۷۰۰۰۰ ریال می‌باشد.

This document was created with Win2PDF available at <http://www.daneprairie.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.