

## اطلاعیه شماره ۹۹/۵

### قابل توجه همکاران محترم

پیرو اطلاعیه شماره ۹۹/۴ به اطلاع میرساند با توجه به انعقاد قرارداد بیمه تکمیل درمان سال ۱۳۹۹ - ۱۴۰۰ با شرکت بیمه کوثر طبق شرح تعهدات پیوست، لطفا جهت حذف یا اضافه افراد تحت پوشش، همراه با مدارک لازم به کارشناس بیمه جناب آقای سیاح مراجعه نمایید. بدیهی است در صورت عدم مراجعه، لیست سال قبل ملاک صدور بیمه تکمیلی قرار خواهد گرفت.

ردیف	نوع همکاری	حق بیمه ماهانه (هر نفر)
۱	همکاران تمام وقت و نیمه وقت سرپرست خانوار و افراد تحت تکفلشان	۳۴۷.۵۰۰
۲	همکاران تمام وقت و نیمه وقت غیر سرپرست خانوار	۳۴۷.۵۰۰
۳	مربیان مهد کودک و نیروهای برنامه‌ای	۵۲۱.۲۵۰
۴	خانواده همکاران بند ۲ و ۳	۶۹۵.۰۰۰
۵	کارکنان دانشکده هدی، مجتمع آموزشی هدی و کارگاه ساختمانی و افراد تحت تکفل ایشان	۶۹۵.۰۰۰
۶	والدین غیر تحت تکفل تمام گروه‌های فوق	۶۹۵.۰۰۰

توجه:

- مهلت ثبت نام یا حذف و اضافه و همچنین ارائه مدارک تا پایان وقت اداری ۹۹/۰۵/۲۷ بوده و قابل تمدید نمی‌باشد.
- محل دریافت مدارک و پاسخگویی، اتاق بیمه: جناب آقای سیاح با تلفن تماس ۲۲۳۵ است.
- ارائه اصل و تصویر شناسنامه (تمام صفحات)، کارت ملی (پشت و رو) و دفترچه بیمه (صفحه اول) افراد اضافه شونده الزامی است.
- اطلاعات بیشتر در خصوص مفاد مهم از بیمه نامه مزبور، بزودی در سایت جامعه منعکس خواهد شد.

اداره کل امور اداری و منابع انسانی

اداره رفاه و تعاون