

## معرفی طرف قرارداد بیمه مکمل درمان دانشگاه علوم پزشکی همدان

سال بیمه ای : ۱۴۰۲-۱۴۰۳

مبلغ حق بیمه ماهیانه به ازای هر نفر (غیر تکفل) : ۳۰۰ هزار تومان

سهم پرداختی شخص کارمند و افراد تحت تکفل : ۱۵۰ هزار تومان

کمک هزینه دانشگاه (ویژه کارمند و افراد تحت تکفل) : ۱۵۰ هزار تومان

نام شرکت طرف قرارداد : بیمه کوثر

مدیریت همدان : آقای محمد جعفری

شناسه ملی : ۱۰۳۲۰۳۵۷۵۹۸

کد اقتصادی : ۴۱۱۳۷۳۸۷۱۳۹۳

کد پستی : ۶۵۱۵۷۳۹۱۸۴

شماره تماس مجری قرارداد : ۰۹۱۸۳۱۱۹۳۲۷ - ۳۸۲۷۹۰۵۰

شماره تماس واحد مالی : ۳۸۲۷۲۰۰۰ داخلی ۳۰۵ و ۳۰۷

آدرس : همدان - میدان جهاد (دانشگاه) - ابتدای بلوار طالقانی - کوچه

مرکز بهداشت - سرپرستی بیمه کوثر همدان

نشانی وبسایت : [www.mykins.ir](http://www.mykins.ir)