

بیمه عمر و حوادث کارکنان دانشگاه علوم پزشکی

سال ۱۴۰۳

شرکت برنده مناقصه : بیمه تعاون

آدرس : همدان ، ضلع شمال شرقی میدان بعثت

تلفن : ۰۸۱۳۸۲۲۹۲۳۲

آقای مکاری : ۰۹۱۸۳۱۵۷۱۶۷

بیمه شدگان : کلیه کارکنان شاغل و بازنشسته

پوشش بیمه و حوادث : پوشش خطر فوت ، نقص عضو و از کار افتادگی دائم (کلی و جزئی) ناشی از حوادث و هزینه پزشکی

مبلغ پوشش فوت بر اثر حادثه ۱/۰۰۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال

مبلغ پوشش فوت طبیعی ۵۰۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال

مبلغ از کار افتادگی به نسبت درصد از کار افتادگی تا سقف ۵۰۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال

مبلغ هزینه پزشکی ۵۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال

حق بیمه

سالانه ۱/۱۹۱/۴۰۰ ریال

سهم کارمند : سالانه ۵۹۵/۷۰۰ ریال

سهم دانشگاه : سالانه ۵۹۵/۷۰۰ ریال

نکته ۱ : در صورت بروز حادثه جهت دریافت خسارت ابتدا مراتب به شرکت بیمه

طرف قرارداد اطلاع داده شود ، سپس مدارک و مستندات مربوط به فوت و یا از

کارافتادگی به **کارگزینی محل خدمت** تحویل نمایند و پیگیری های لازم جهت

دریافت خسارت به عمل آید.

در این خصوص میتوانید با شماره زیر تماس حاصل کنید

۰۹۱۸۳۱۵۷۱۶۷ آقای مکاری

نکته ۲ : پرداخت علی الحساب ۱۰۰ میلیون ریال در اسرع وقت به بازماندگان

کارکنانی که فرم وکالت نامه را تکمیل نموده اند.

مدارک مورد نیاز جهت دریافت خسارت :

الف) در صورت فوت :

۱- تصویر کلیه صفحات شناسنامه متوفی و تصویر حکم کارگزینی یا فیش حقوقی بیمه شده

۲- خلاصه رونوشت فوت صادره از اداره ثبت احوال

۳- گواهی پزشک قانونی مبنی بر تعیین علت فوت

۴- گزارش مشروح حادثه که توسط مراجع ذی صلاح انتظامی یا قضایی تنظیم گردیده و نام بیمه شده مصدوم در آن قید شده باشد.

۵- چنانچه متوفی راننده وسیله نقلیه باشد ارائه گواهینامه متناسب با وسیله نقلیه و یا تاییدیه آن الزامی است.

ب) در صورت نقص عضو و از کار افتادگی دائم ناشی از حادثه :

۱- گزارش مشروح حادثه که توسط مقامات ذی صلاح مامور رسیدگی به حادثه گردیده و نام بیمه شده مصدوم در آن قید شده باشد.

۲- گواهی پزشک معالج مبنی بر پایان معالجات و احراز نقص عضو دائم (کلی یا جزئی) بیمه شده

تبصره : در صورتی که حادثه منجر به نقص عضو بیمه شده بر اثر رانندگی باشد و بیمه شده نیز رانندگی وسیله نقلیه را هنگام سانحه بعهدہ داشته باشد ، ارائه گواهینامه

رانندگی متناسب با نوع وسیله نقلیه و یا تاییدیه از اداره راهنمایی و رانندگی مبنی بر داشتن گواهینامه رانندگی الزامی است.

نکته : در کلیه موارد فوق اصل و یا تصویر تایید شده مدارک توسط مراجع ذیصلاح می بایست همراه با تقاضای کتبی بیمه گذار یا وراث قانونی جهت بیمه گر ارسال گردد.