



بنیاد
شهید
وامور ایثارگران

۱۳۵۸

استان همدان



جمهوری اسلامی ایران

بسمه تعالی

نام نیمی «رو»

هر چه انقلاب اسلامی دارد از برکت مجاهدت شهدا و ایثارگران است

تاریخ ۱۳۹۹/۰۹/۲۶

شماره ۲۳۰/۹۹/۳۱۵۱۰

پرست داری

زمان ثبت: ۱۰:۲۳

روسای محترم دستگاه های اجرایی استان همدان

با سلام و احترام

با عنایت به انعقاد قرارداد بیمه مازاد بردرمان ایثارگران درسال ۱۳۹۹-۱۴۰۰ (از ۱۳۹۹/۹/۱ لغایت ۱۴۰۰/۸/۳۰)
قیمابین بنیاد شهید و امور ایثارگران و شرکت سهامی بیمه دی برای کلیه {جانبازان/آزادگان و افراد تحت تکفل ایشان -
والدین شهید و همسران و فرزندان شهدا} اعم از شاغل و غیر شاغل و بازنشسته، به پیوست نامه شماره ۱۳۵۲۶۵ مورخ
۱۳۹۹/۹/۵ بیمه دی وبا استناد به تبصره ۵ ماده ۳ قرارداد، فرزندان شهدای توانمند با واریز حق سرانه یکجا و یکساله
به مبلغ {۲۰۸۸۰۰۰۰۰ ریال برای هر نفر} افراد تحت تکفل خود را تحت پوشش بیمه تکمیلی قرار دهند. لذا جهت پوشش
بیمه ای افراد مشمول بایستی بامدارک درخواستی ابتدا به بیمه دی واقع در همدان - خیابان طالقانی چهارراه حبیبی -
نیش خیابان فرهنگ مراجعه و پس از دریافت فیش واریزی به معاونت بهداشت و درمان بنیاد استان واقع در خیابان
میرزاده عشقی روبروی کمال آباد اقدام نمایند. مراتب جهت استحضار و اطلاع رسانی بحضور ارسال می گردد. با
تشکر

احمد عباسیه بزرگی
سرپرست بنیاد شهید و امور ایثارگران استان
همدان

رونوشت:

سرکار خانم نسرین شعبانیان-معاونت محترم بهداشت و درمان استان همدان

آدرس نیمه دی استان همدان :

همدان - خیابان طالقانی - چهارراه حبیبی - نبش خیابان فرهنگ تلفن ۳۸۲۷۴۷۷۷ و ۳۸۲۸۱۵۸۲

آدرس جدید نیمه دی ارزیابی و رسیدگی اسناد درمائی (ایرانیان پوشش) :

همدان - خیابان طالقانی - چهارراه حبیبی - مجتمع ایران زمین - طبقه ۵ واحد ۱۵ تلفن ۳۸۲۵۳۳۶ و ۳۸۲۵۴۷۰۰

{ { مبلغ سرانه تبصره ۵ ماده ۳ قرارداد ۱۳۹۹ - ۱۴۰۰ به مبلغ ۲۰/۸۸۰/۰۰۰ ریال } { از تاریخ ۱۳۹۹/۹/۱ تا ۱۴۰۰/۸/۳۰

افراد مشمول تبصره ۵: (افراد تحت تکفل فرزندان شهید با رعایت شرط خانوار)

مدارک لازم : ۱- اصل شناسنامه و کارت ملی و تصویر تمامی صفحات شناسنامه و کارت ملی ۲- تصویر صفحه اول دفترچه درمانی خود و اعضاء خانواده

۳- فرم سجایا بیمه شده اصلی (از طریق بنیاد صادرمی شود) - ۴- پرینت شماره شبای بیمه شده (دریافت از شعب بانک دی)

۵- اصل فیش واریزی که ضمن مراجعه به بیمه دی جهت دریافت فیش خام واریزی اقدام و پس از واریز فیش مربوطه سپس به بنیاد استان مراجعه نماید

مهلت ثبت نام و واریز حق سرانه تا تاریخ : ۱۳۹۹/۱۰/۳۰ بوده و مهلت فوق قابل تمدید نمی باشد

{ { مبلغ سرانه تبصره ۵ ماده ۳ قرارداد ۱۳۹۹ - ۱۴۰۰ به مبلغ ۲۰/۸۸۰/۰۰۰ ریال } { از تاریخ ۱۳۹۹/۹/۱ تا ۱۴۰۰/۸/۳۰

افراد مشمول تبصره ۵: (افراد تحت تکفل فرزندان شهید با رعایت شرط خانوار)

مدارک لازم : ۱- اصل شناسنامه و کارت ملی و تصویر تمامی صفحات شناسنامه و کارت ملی ۲- تصویر صفحه اول دفترچه درمانی خود و اعضاء خانواده

۳- فرم سجایا بیمه شده اصلی (از طریق بنیاد صادرمی شود) - ۴- پرینت شماره شبای بیمه شده (دریافت از شعب بانک دی)

۵- اصل فیش واریزی که ضمن مراجعه به بیمه دی جهت دریافت فیش خام واریزی اقدام و پس از واریز فیش مربوطه سپس به بنیاد استان مراجعه نماید

مهلت ثبت نام و واریز حق سرانه تا تاریخ : ۱۳۹۹/۱۰/۳۰ بوده و مهلت فوق قابل تمدید نمی باشد

{ { مبلغ سرانه تبصره ۵ ماده ۳ قرارداد ۱۳۹۹ - ۱۴۰۰ به مبلغ ۲۰/۸۸۰/۰۰۰ ریال } { از تاریخ ۱۳۹۹/۹/۱ تا ۱۴۰۰/۸/۳۰

افراد مشمول تبصره ۵: (افراد تحت تکفل فرزندان شهید با رعایت شرط خانوار)

مدارک لازم : ۱- اصل شناسنامه و کارت ملی و تصویر تمامی صفحات شناسنامه و کارت ملی ۲- تصویر صفحه اول دفترچه درمانی خود و اعضاء خانواده

۳- فرم سجایا بیمه شده اصلی (از طریق بنیاد صادرمی شود) - ۴- پرینت شماره شبای بیمه شده (دریافت از شعب بانک دی)

۵- اصل فیش واریزی که ضمن مراجعه به بیمه دی جهت دریافت فیش خام واریزی اقدام و پس از واریز فیش مربوطه سپس به بنیاد استان مراجعه نماید

مهلت ثبت نام و واریز حق سرانه تا تاریخ : ۱۳۹۹/۱۰/۳۰ بوده و مهلت فوق قابل تمدید نمی باشد

{ { مبلغ سرانه تبصره ۵ ماده ۳ قرارداد ۱۳۹۹ - ۱۴۰۰ به مبلغ ۲۰/۸۸۰/۰۰۰ ریال } { از تاریخ ۱۳۹۹/۹/۱ تا ۱۴۰۰/۸/۳۰

افراد مشمول تبصره ۵: (افراد تحت تکفل فرزندان شهید با رعایت شرط خانوار)

مدارک لازم : ۱- اصل شناسنامه و کارت ملی و تصویر تمامی صفحات شناسنامه و کارت ملی ۲- تصویر صفحه اول دفترچه درمانی خود و اعضاء خانواده

۳- فرم سجایا بیمه شده اصلی (از طریق بنیاد صادرمی شود) - ۴- پرینت شماره شبای بیمه شده (دریافت از شعب بانک دی)

۵- اصل فیش واریزی که ضمن مراجعه به بیمه دی جهت دریافت فیش خام واریزی اقدام و پس از واریز فیش مربوطه سپس به بنیاد استان مراجعه نماید

مهلت ثبت نام و واریز حق سرانه تا تاریخ : ۱۳۹۹/۱۰/۳۰ بوده و مهلت فوق قابل تمدید نمی باشد

به نام خدا

مدیران محترم استانها
روسای محترم شعب

بسلام و احترام

باستحضار می‌رساند بیمه شدگان خویش فرما در قرارداد جبران ۴ با ارائه مدارک اعلام شده به شرح ذیل فقط تا پایان دیماه سال ۹۹ مهلت افزایش در قرارداد را خواهند داشت. لذا خواهشمند است دستور فرمایید مدارک در هنگام دریافت به دقت بررسی و پس از اقدام در شعبه بایگانی گردد.

مدارک لازم:

- ۱- نامه از معاونت درمان بنیاد شهید استان مربوطه مبنی بر تایید فرد مورد نظر جهت اضافه شدن به بیمه نامه
 - ۲- کپی تمام صفحات شناسنامه (کلیه صفحات شناسنامه توسط شعبه برابر اصل شود)
 - ۳- تصویر کارت ملی
 - ۴- تصویر صفحه اول دفترچه بیمه پایه
 - ۵- فرم سجایا بیمه شده اصلی
 - ۶- واریز حق بیمه سالانه بصورت یکجا و ارائه اصل فیش واریزی به شرکت بیمه (لازم به ذکر است که حق بیمه این گروه از بیمه شدگان معادل ۲۰.۸۸۰.۰۰۰ ریال سالانه می باشد).
 - ۷- پرینت شماره شبای بیمه شده (دریافت از شعب بانک دی)
 - ۸- شایان ذکر است در خصوص این بیمه شدگان بایستی کلیه اعضا خانواده بیمه شوند.
 - ۹- راهنمای واریز حق بیمه طرح خویش فرما به پیوست ارسال گردید.
- با توجه به اینکه واریز حق بیمه بر اساس شناسه پراخت می باشد در صورت اشتباه در واریز حق بیمه، حق بیمه به هیچ عنوان در سیستم قابل برگشت نیست.

حسین یاوری
سرپرست مدیریت بیمه های درمان

یاوری

