

شماره: ۵۰/۶۲۸۱۰
تاریخ: ۱۳۹۸/۱۰/۰۴
پوست: ۴ برگ

دانشگاه آزاد اسلامی



سازمان مرکزی

باسمه تعالی

رؤسای محترم واحدهای دانشگاه آزاد اسلامی استانها، رؤسای واحدها، مراکز آموزشی و معاونت آموزش عمومی و مهارتی (سما)

موضوع: تمدید قرارداد صندوق پوشش عمر کارکنان و اعضای هیات علمی

باسلام و صلوات بر محمد و آل محمد (ص)

احتراماً، به پیوست شیوهنامه صندوق پوشش عمر به شرط فوت و از کارافتادگی دائم کارکنان و اعضای هیات علمی دانشگاه آزاد اسلامی از تاریخ ۹۸/۱۰/۱ لغایت ۹۹/۹/۳۰ ارسال می‌گردد.

مقتضی است واحدهای دانشگاهی حداکثر تا تاریخ ۹۸/۱۰/۳۰ با مراجعه به سامانه ساجد، ضمن تایید و تکمیل اطلاعات اعضای مشمول، نسبت به واریز و ارسال مدارک مثبت به سازمان مرکزی، مطابق با مفاد شیوهنامه پیوست اقدام فرمایند.

مجدداً یادآور می‌گردد چنانچه حق عضویت مطابق با مفاد شیوهنامه در سررسیدهای مقرر واریز نگردد، صندوق پوشش عمر تعهدی مبنی بر پرداخت سرمایه فوت و از کارافتادگی نخواهد داشت.

بدیهی است رعایت حسن اجرای این بخشنامه بر عهده رؤساء و معاونان محترم توسعه مدیریت و منابع واحدهای دانشگاهی خواهد بود.

دکتر مجید مشکینی
معاون توسعه مدیریت و منابع



باسمه تعالی

«شیوه نامه صندوق پوشش عمر به شرط فوت و از کارافتادگی دائم کارکنان دانشگاه آزاد اسلامی»

به استناد ماده ۱۷ آئین نامه استخدامی کارکنان دانشگاه آزاد اسلامی مصوب ۷۱/۱/۲۵ هیأت امناء محترم مرکزی دانشگاه، صندوق پوشش عمر به شرط فوت و از کارافتادگی کارکنان دانشگاه آزاد اسلامی طبق ضوابط و شرایط مندرج در این آئین نامه می باشد.

ماده ۱- افراد واجد شرایط عضویت در طرح، حق عضویت و نحوه پرداخت آن:

۱/۱- افراد واجد شرایط: عضویت کلیه کارکنان و اعضای هیأت علمی تمام وقت رسمی و قراردادی در صندوق پوشش عمر کارکنان دانشگاه الزامی است (عضویت مراکز آموزشی و سما هر واحد دانشگاهی صرفاً از طریق واحد متبوع قابل قبول بوده و پذیرش عضویت به صورت مجزا امکان پذیر نمی باشد).

تبصره ۱: کارکنان و اعضای هیأت علمی بازنشسته سایر ارگانها که در دانشگاه مشغول به کار می باشند مشمول این بخشنامه نمی باشند.

تبصره ۲: حداکثر سن مشمول طرح پوشش عمر دانشگاه ۷۰ سال می باشد و افراد بالاتر از سن مذکور نمی توانند تحت پوشش قرار گیرند.

تبصره ۳: کارکنان مامور از سایر ارگانها به دانشگاه در صورت تمایل می توانند در صندوق پوشش عمر عضو شوند.

۱/۲- کلیه مشمولین این طرح باید نسبت به تکمیل نمونه برگ درخواست پوشش عمر متضمن قبول شرایط و تعهدات مربوط (نمونه شماره ۵۳/۱۲۶ پیوست) به طور کامل و دقیق اقدام کنند.

۱/۳- حق عضویت ماهانه برای هر یک از اعضا اعم از کارمند یا هیأت علمی معادل ۱۰۲/۰۰۰ ریال می باشد که مبلغ ۳۰/۰۰۰ ریال آن توسط واحد دانشگاهی مربوطه و ۷۲/۰۰۰ ریال بقیه، ماهانه از حقوق و مزایای متقاضی کسر می شود.

تبصره ۱: در صورت قطع رابطه همکاری هر یک از اعضای صندوق (بازنشستگی و بازر خرید خدمت و ...) در طول قرارداد، حق عضویت به نسبت مدت باقی مانده تا پایان قرارداد قابل پرداخت نمی باشد.

۱/۴- به منظور تأمین نقدینگی صندوق جهت انجام به موقع تعهدات و پرداخت خسارات، واحدها مکلفند حق عضویت اعضا (اعم از سهم کارمند و دانشگاه) را بصورت فصلی و طی ماه اول هر فصل طی یک فقره حواله حداکثر تا پایان اولین ماه همان فصل مطابق با دستورالعمل بخشنامه شماره ۵۰/۲۰۶۲۴ مورخ ۹۷/۴/۱۶ به حساب سیبا شماره ۰۱۰۴۴۵۰۴۴۵۰۰۲ به نام صندوق پوشش عمر کارکنان



دانشگاه آزاد اسلامی نزد بانک ملی شعبه دانشگاه (کد شعبه ۱۰۱۷) واریز و نسخه‌ای واضح و خوانا از حواله واریزی را ضمن ثبت و بارگذاری در سامانه ساجد به اداره کل امور مالی سازمان مرکزی ارسال نمایند

تبصره: حداکثر زمان برای پرداخت حق عضویت زمستان سال ۹۸، پایان دیماه سال جاری می باشد.

۱/۵- در صورت عدم واریز به موقع حق عضویت و ارسال لوح فشرده، جبران خسارتهای احتمالی مستقیماً به عهده مسئولین مربوط بوده و صندوق پوشش عمر کارکنان دانشگاه در پرداخت خسارت تعهدی نخواهد داشت.

۱/۶- پس از ارسال صورت اسامی فقط عضویت کارکنان جدیدالاستخدام با اعلام واحد مربوط پذیرفته خواهد شد.

۱/۷- عضویت مشمولان این طرح با قطع رابطه استخدامی یا کاری آنان (بازنشستگی، بازخرید خدمت و...) با دانشگاه که تاریخ دقیق آن توسط واحد به صندوق اعلام می شود کان لم یکن تلقی خواهد شد. و از زمان قطع رابطه استخدامی کسر حق عضویت وی، به نسبت مدت باقی مانده تا پایان قرارداد نیز منتفی می گردد.

۱/۸- افرادی که از مرخصی بدون حقوق استفاده می کنند در طول مرخصی مشمول استفاده از مزایای این صندوق نمی باشند.

۱/۹- چنانچه تاریخ واریز حق عضویت به حساب بانک بعد از تاریخ فوت یا از کارافتادگی باشد صندوق پوشش عمر کارکنان دانشگاه هیچگونه تعهدی مبنی بر پرداخت سرمایه فوت یا از کارافتادگی ندارد.

ماده ۲- تعهدات صندوق و سرمایه پوشش عمر:

۲/۱- در صورت فوت یا از کارافتادگی دائم که موجب قطع همکاری عضو با دانشگاه شود مبلغ چهارصد میلیون ریال به ذینفع یا وراث قانونی یا شخص عضو پرداخت خواهد شد.

تبصره ۱: موارد موضوع ماده ۶ این آئین نامه مشمول تعهدات صندوق نخواهد بود.

تبصره ۲: خسارت از کارافتادگی دائم با تعیین شورای عالی سازمان تأمین اجتماعی و نظریه پزشکی قانونی مبنی بر پایان دوره درمان و همچنین تأیید اداره کل امور اداری و منابع انسانی قابل پرداخت است.

ماده ۳- مدت قرارداد:

مدت قرارداد از تاریخ ۹۸/۱۰/۱ لغایت ۹۹/۹/۳۰ می باشد و واحدها مکلفند نسبت به واریز حق عضویت یکساله، اعم از سهم کارمند و دانشگاه بابت کلیه کارکنان و اعضای هیأت علمی مشمول این طرح با رعایت مفاد این آئین نامه اقدام کنند.

ماده ۴- ذینفع یا استفاده کننده از سرمایه:

۴/۱- هر یک از اعضاء در زمان ثبت نام با تکمیل درخواست عضویت (نمونه برگ شماره ۵۳/۱۲۶) افراد ذینفع سرمایه مورد پوشش را به صورت دلخواه به طور دقیق تعیین می کند، که این نمونه برگ باید در بایگانی واحد و پرونده شخص ملحوظ و نگهداری شود.



۴/۲- تغییر استفاده کننده و یا افراد ذینفع سرمایه مورد پوشش در صورتی قابل قبول است که عضو صندوق مراتب را با تنظیم مجدد نمونه برگ شماره ۵۳/۱۲۶ اعلام داشته و پس از تأیید واحد و ثبت در دفتر واحد دانشگاهی نسبت به ابطال نمونه برگ قبلی اقدام و نمونه جدید در پرونده مربوط ضبط شود.

۴/۳- در صورت تعیین سهم ذینفع ها توسط عضو صندوق، سرمایه پوشش به نسبت تعیین شده توسط عضو بین آنان تقسیم خواهد شد و چنانچه ذینفع تعیین نشده باشد سرمایه پوشش بر اساس قوانین جاری کشور به وراث قانونی وی پرداخت می گردد.

ماده ۵- نحوه بررسی خسارت:

۵/۱- برای پرداخت خسارات پوشش عمر در کلیه واحدها کمیته ای مرکب از ریاست واحد به عنوان رئیس کمیته، معاون توسعه مدیریت و منابع و دبیر کمیته رفاهی واحد به عنوان اعضای کمیته رفاهی تشکیل می شود که این کمیته ضمن هماهنگی با اداره کل امور اداری و منابع انسانی و رعایت ضوابط مربوط مسئول بررسی مدارک و تأیید خسارت پرداختی با در نظر گرفتن شرایط این آئین نامه می باشد.

۵/۲- عضو صندوق یا ذینفع آن باید حداکثر ظرف مدت ۳ ماه پس از بروز خسارت ناشی از تحقق خطر موضوع پوشش عمر اعم از فوت یا از کارافتادگی دائم نسبت به اعلام و ذکر مراتب همراه با ارائه اصل مدارک ذیل که با توجه به نوع خسارت تهیه می شود و همچنین تکمیل نمونه برگ درخواست خسارت (شماره ۵۳/۱۲۸ پیوست) جهت بررسی به واحد مربوط اقدام کند.

مدارک مورد نیاز در صورت فوت:

- ۱- گزارش نیروی انتظامی و کروکی راهنمایی و رانندگی (کروکی فقط در موارد تصادفی)
- ۲- گزارش معاینه جسد با ذکر علت تامه فوت و جواز دفن صادره توسط سازمان پزشکی قانونی (در موارد فوتی داخل بیمارستان ارائه مدارک بیمارستانی دال بر علت دقیق فوت)
- ۳- گواهی فوت صادره توسط اداره ثبت احوال و تصویر شناسنامه باطل شده متوفی
- ۴- آخرین حکم استخدامی و مجوز اشتغال به کار از سازمان مرکزی (برای کارکنان قراردادی) و اصل حکم خروج از خدمت به تاریخ فوت
- ۵- ارائه مرخصی استعلاجی تأیید شده توسط سازمان تأمین اجتماعی (در صورت استفاده از مرخصی استعلاجی قبل از فوت)
- ۶- آخرین فیش حقوقی با ذکر کسور حق عضویت پوشش عمر
- ۷- اصل نمونه برگ های ۵۳/۱۲۶ و ۵۳/۱۲۸ تکمیل شده منطبق با آخرین تغییرات سازمانی اعضای کمیته سازمان مرکزی
- ۸- گواهی انحصار وراثت (در صورت عدم تعیین ذینفع در برگه ۵۳/۱۲۶)

مدارک مورد نیاز در صورت از کارافتادگی:

- ۱- اصل نظریه کمیسیون پزشکی سازمان تأمین اجتماعی یا برابر با اصل شده توسط دادگستری



- ۲- گواهی صادره سازمان تأمین اجتماعی مبنی بر پایان درمان و اعلام از کارافتادگی دائم
- ۳- آخرین حکم استخدامی و مجوز اشتغال به کار از سازمان مرکزی (برای کارکنان) و اصل حکم خروج از خدمت به تاریخ از کارافتادگی
- ۴- ارائه مرخصی استعلاجی تأیید شده توسط سازمان تأمین اجتماعی (در صورت استفاده از مرخصی استعلاجی قبل از کارافتادگی)
- ۵- آخرین فیش حقوقی با ذکر کسور پوشش عمر
- ۶- اصل نمونه برگ های ۵۳/۱۲۶ و ۵۳/۱۲۸ تکمیل شده منطبق با آخرین تغییرات سازمانی اعضای کمیته سازمان مرکزی
- ۵/۳- واحد مربوط پس از بررسی خسارت و اطمینان از صحت و کامل بودن مدارک و تأیید امور کارکنان و امور مالی باید نسبت به طرح در کمیته رفاهی واحد اقدام نماید.
- ۵/۴- کمیته رفاهی باید پس از بررسی دقیق مدارک و اظهارنظر، نمونه برگ درخواست خسارت را منضم به کلیه مدارک اشاره شده در بند ۵/۲ با اعلام شماره حساب واحد از بانک ملی، جهت بررسی و تأیید نهایی برای اداره کل امور اداری و منابع انسانی دانشگاه ارسال کند.
- ۵/۵- مهلت ارسال مدارک برای سازمان مرکزی توسط واحد حداکثر ۳ ماه پس از بروز خسارت می باشد.
- ۵/۶- مسئولیت بررسی و رسیدگی به مدارک متقاضی و تأیید صحت و تطبیق آن با شرایط و تعهدات صندوق مستقیماً به عهده کمیته رفاهی واحد بوده ولی به هر صورت پرداخت نهایی پس از تصویب اداره کل امور اداری و منابع انسانی می باشد.
- ۵/۷- مسئولیت پرداخت خسارت در شرایطی که مدارک بعد از مهلت مقرر برای سازمان مرکزی ارسال شود یا بنا به دلایلی خارج از ضوابط اعلام شده باشد به عهده مسئولان اقدام کننده در واحد بوده و صندوق پوشش عمر دانشگاه در قبال آن تعهدی ندارد.

ماده ۶- استثنائات:

چنانچه تحقق خطر موضوع پوشش ناشی از موارد ذیل باشد صندوق پوشش عمر دانشگاه تعهدی بر عهده نخواهد داشت.

- ۶/۱- اقدام به خودکشی توسط عضو صندوق و یافوت ناشی از استعمال مواد مخدر و مشروبات الکلی
- ۶/۲- در صورتی که ذینفع (ذینفعان) طبق رأی قطعی صادره از مراجع قضایی به طور عمدی موجب قتل عضو صندوق شوند از دریافت سرمایه محروم خواهند شد، ولی اگر یکی از استفاده کنندگان موجب قتل شده باشد فقط همان استفاده کننده از دریافت سهم محروم خواهد شد.
- ۶/۳- اظهارات خلاف واقع یا هرگونه سوء نیت و تقلب و تبانی توسط عضو صندوق یا استفاده کنندگان سرمایه پوشش عمر در صورت اثبات
- ۶/۴- ارتکاب عضو صندوق به اعمال مجرمانه اعم از مباشرت، مشارکت و معاونت در جرم.

تاریخ:

شماره:

نمونه برگ درخواست عضویت در صندوق پوشش عمر به شرط فوت و از کار افتادگی دائم

♦ عضو صندوق موظف است شخصاً به طور دقیق موارد ذیل را تکمیل کند:

♦ نمونه برگ تکمیل شده بایستی در بایگانی واحد به صورت محفوظ نگهداری شود.

| | | | | | | |
|--------------------|--|---------------|---------------|--------------|---------------------|----------|
| نام و نام خانوادگی | مرد <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> | قد | وزن | تاریخ تولد | شماره شناسنامه | محل صدور |
| نام پدر | زن <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> | تاریخ استخدام | شماره کارمندی | حقوق ماهیانه | سمت و مقام استخدامی | |

جدول پرسش های پزشکی

آیا به بیماری های زیر دچار بوده و یا هستید؟ جواب خود را با علامت (x) در ستون مربوط مشخص کنید.

| ردیف | بیماری | بله | خیر | ردیف | بیماری | بله | خیر |
|------|----------|-----|-----|------|-----------------------|-----|-----|
| ۱ | قلب | | | ۷ | تومور | | |
| ۲ | فشار خون | | | ۸ | مغز و اعصاب | | |
| ۳ | دیابت | | | ۹ | ریه و تنفس | | |
| ۴ | اعتیاد | | | ۱۰ | کلیه و مجاری | | |
| ۵ | ایدز | | | ۱۱ | خونی | | |
| ۶ | سرطان | | | ۱۲ | استخوان و مفاصل | | |
| | | | | ۱۳ | داخلی و غدد | | |
| | | | | ۱۴ | گوارش و هاضمه | | |
| | | | | ۱۵ | سایر بیماریها | | |
| | | | | ۱۶ | حادثه و مصدومیت | | |
| | | | | ۱۷ | نواقص جسمی و عضوی | | |
| | | | | ۱۸ | بیماری خانوادگی وارثی | | |

در صورت نیاز به توضیح موارد فوق ویا موارد دیگر و سابقه جراحی های قبلی لطفاً به صورت مشروح اعلام فرمائید.

به کدامیک از ورزشها می پردازید؟

آیا اشتغال شما به ورزش جنبه حرفه ای دارد؟ بله خیردر حال حاضر پیشنهاد پوشش عمر در جریان صدور ویا پوشش عمر حوادث انفرادی دیگری دارید؟ بله خیر

در صورت مثبت بودن جدول زیر را تکمیل فرمائید.

| نام شرکت | سرمایه پوشش عمر | نوع پوشش عمر |
|----------|-----------------|--------------|
| | | |
| | | |
| | | |

۵۳/۱۲۶

دینفعان سرمایه در صورت فوت عضو صندوق

| ردیف | نام و نام خانوادگی | نام پدر | شماره شناسنامه | تاریخ تولد | نسبت استفاده کننده با عضو صندوق | درصد استفاده از سرمایه عمر |
|------|--------------------|---------|----------------|------------|---------------------------------|----------------------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

بدین وسیله اینجانب با اطلاع از کلیه مقررات و ضوابط مربوط به این نوع پوشش ، تعهد می‌نمایم که کلیه اطلاعات و مطالب مندرج در کمال حسن نیت، رضایت و به طور صحیح اعلام شده و تقاضا دارم نسبت به پوشش عمر اقدام و حق عضویت متعلقه را از حقوق ماهانه اینجانب کسر و برداشت کنند.

تاریخ: امضاء عضو صندوق: اثر انگشت:

بدین وسیله گواهی می‌شود که این نمونه برگ توسط عضو صندوق خانم/آقای
 در حضور خانم/آقای دبیر کمیته رفاهی واحد امضاء شده است.

امضاء: تاریخ:

« فرم پرداخت خسارت بیمه عمر »

| | |
|--|---|
| <p>اینجانب بیمه شده / ذینفع پوشش بیمه عمر به شرط فوت و از کارافتادگی دائم براساس نمونه برگ درخواست عضویت تکمیل شده در ابتدای قرار داد و با ارائه مدارک مورد نیاز کمیته بیمه و رفاه واحد تقاضای دریافت سرمایه موضوع پوشش مذکور را به مبلغ ریال (بحروف): ریال (دارم).</p> | <p>توسط بیمه شده یا ذینفع تکمیل شود.</p> |
| <p>حق بیمه آقای/خانم نامبرده کسر و طی حواله شماره عمر کارکنان دانشگاه واریز و ارسال شده است.</p> | <p>موضوع بخشنامه شماره مورخ به حساب جاری</p> |
| <p>این کمیته بنا به درخواست فوق پس از بررسی کامل مدارک و مستندات و تطبیق آن با مفاد و تعهدات آئین نامه با پرداخت خسارت فوت/از کارافتادگی دائم به علت (به حروف زمانی آقای/خانم پرداخت می باشد. امضای اعضای کمیته بیمه و رفاه واحد :</p> | <p>موضوع بخشنامه شماره مورخ به حساب جاری</p> |
| <p>سازمان مرکزی - اداره کل امور اداری و منابع انسانی دانشگاه خواهشمند است دستور فرمایید نسبت به حواله وجه مذکور به حساب سیبا شماره با شناسه واریز این واحد نزد بانک ملی شعبه کد اقدام فرمایند.</p> | <p>موضوع بخشنامه شماره مورخ به حساب جاری</p> |
| <p>اداره کل امور مالی نظر به این که کمیته پرداخت خسارت سازمان مرکزی پس از بررسی مدارک ارائه شده با پرداخت مبلغ ریال (به حروف) عمر آقای/خانم موافقت کرده، خواهشمند است دستور فرمایید نسبت به صدور حواله وجه مذکور به حساب جاری اعلام شده فوق توسط واحد اقدام شود.</p> | <p>موضوع بخشنامه شماره مورخ به حساب جاری</p> |
| <p>این جانب بدین وسیله ضمن اعلام رضایت ، وصول چک شماره به مبلغ ریال (به حروف): خسارت مربوط را اعلام می دارم.</p> | <p>بیمه شده/ذینفع پوشش بیمه عمر آقای/خانم مورخ عهده بانک ریال (بابت تسویه اثر انگشت:</p> |

نسخه اول: سازمان مرکزی

نسخه دوم: کمیته بیمه و رفاه واحد

نوعه برگ شماره ۵۳۱۲۸