

بیمه گر : شرکت بیمه سینا (سهامی عام)

تاریخ شروع و انقضاء قرارداد : ۹۸/۰۲/۳۱ لغایت ۹۸/۰۳/۰۱

موضوع قرارداد بیمه عمر و حوادث **مازاد گروهی** : عبارتست از پوشش بیمه ای کلیه بیمه شدگان در مقابل خطر فوت به هر علت (طبیعی - بیماری و حادثه) و بیمه نقص عضو یا از کار افتادگی دائم (کلی یا جزئی) در اثر حادثه تحت پوشش این بیمه نامه و بر اساس شرایط مقرر در قرارداد .

حق بیمه : مبلغ حق بیمه خالص سالیانه هر یک از بیمه شدگان ۳۸۳/۸۱۷ ریال که به این مبلغ مالیات بر ارزش افزوده مصوب هر سال اضافه می شود ./با احتساب ۹ درصد مالیات بر ارزش افزوده بابت بیمه شده اصلی ۴۱۸/۳۶۰ ریال می باشد .

میزان تعهدات قرارداد : پرداخت غرامت در صورت فوت به هر علت (طبیعی - بیماری - حادثه) هریک از بیمه شدگان در مدت اعتبار قرارداد مبلغ ۱۰۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال

پرداخت غرامت فوت در اثر حوادث مشمول قرارداد مذکور جهت هریک از بیمه شدگان در مدت اعتبار قرارداد مبلغ ۱۰۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال

پرداخت غرامت نقص عضو یا از کار افتادگی دائم کلی در اثر حوادث مشمول بیمه جهت هریک از بیمه شدگان در مدت اعتبار قرارداد ۱۰۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال

پرداخت غرامت نقص عضو یا از کار افتادگی دائم جزئی در اثر حوادث مشمول بیمه ضریبی از مبلغ ۱۰۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال در مدت اعتبار قرارداد

بیمه شدگان : کلیه کارکنان شاغل و بازنشسته

حداکثر سن بیمه شدگان : بیمه شدگان این قرارداد بدون محدودیت سنی تحت پوشش این بیمه نامه می باشند .

نکته مهم :

لازم به ذکر می باشد در فوت هر یک از بیمه شدگان مراتب از طریق مکاتبه در اتوماسیون اداری از طریق واحد مربوطه حداکثر ظرف مدت ۱۰ روز از تاریخ فوت به ستاد رفاهی دانشگاه اعلام گردد .

مدارک پرداخت خسارت :

الف - در صورت فوت

۱- اصل یا فتوکپی برابر اصل خلاصه رونوشت وفات صادره از سوی اداره ثبت احوال و آمار .

۲- گواهی پزشک قانونی یا آخرین پزشک معالج که در آن علت فوت تعیین شده باشد .

۳- اصل یا فتوکپی برابر اصل تمام صفحات شناسنامه و کارت ملی .

۴- تصویر حکم و آخرین فیش حقوقی متوفی .

۵- گزارش مشروح حادثه که توسط مراجع ذیصلاح تهیه شده باشد . (در موارد فوت ناشی از حادثه)

ب - در صورت نقص عضو و از کارافتادگی دائم (کلی و جزئی)

۱- گزارش مشروح حادثه که توسط مراجع ذیصلاح تهیه شده باشد .

۲- گواهی پزشک معالج بر پایان معالجات و غیر قابل علاج بودن نقص عضو .

۳- شرح حال و گواهی پذیرش مربوط به اولین مرجع درمانی که پس از وقوع حادثه بیمه شده به آن مراجعه نموده و ممهور به مهر و امضای پزشک می باشد .

۴- اصل یا فتوکپی برابر اصل تمام صفحات شناسنامه و کارت ملی .

۵- تصویر حکم و آخرین فیش حقوقی .