

فرم اعلام بهاء

مدیریت محترم شرکت بیمه زنجان

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زنجان در نظر دارد بیمه نامه مسئولیت مدنی حرفه ای پیراپزشکان شاغل در واحدهای تابعه خود را با در نظر گرفتن کمترین و مناسبترین قیمت پیشنهادی ارائه شده طبق شرایط اعلامی ذیل از شرکت بیمه ای واجد شرایط خریداری نماید.

- پیراپزشکان شامل پرستار، بهیار، تکنسین و کارشناس اتاق عمل، هوشبری، کمک پرستار، کمک بهیار، مربیان پرستاری، و ماما

- تعداد پیراپزشکان شاغل در واحدهای تابعه: ۲۸۵۰ نفر (تعداد هر گروه به تفکیک در جدول ذیل درج شده است)

- تعهدات، پوشش ها و شرایط درخواستی:

- * تعهد بیمه گر در خصوص غرامت فوت و نقص عضو در طول مدت هر بیمه نامه: ۳ دیه ماه حرام
- * تعهد بیمه گر در خصوص هزینه های پزشکی در طول مدت هر بیمه نامه: ۲/۰۰۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال
- * افزایش ریالی دیه: ۳ بار
- * پوشش تعدد دیات و دیات غیر مسری هر بیمه نامه: ۱۰/۰۰۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال
- * مرور زمان دعاوی: ۶ سال پس از انقضای بیمه نامه
- * حمایت های حقوقی از بیمه گزاران در مواقع تحقق خطر و پوشش پرداخت حق الوکاله به هر نفر ۷۰۰ میلیون ریال و در طول مدت ۷ میلیارد ریال
- * حذف ماده ۱۰ ناشی از جابجایی یا انتقال بیمه گزار (گروه پرستاری مامایی) بین بخش های مختلف مرکز درمانی یا تغییر محل خدمت در مراکز تابعه در طول اعتبار بیمه نامه ها.

توضیح: (شرکت بیمه گر حق بیمه را طوری محاسبه نماید که در صورت جابجایی بیمه گذار و بالا رفتن ریسک طبق گروه بندی، نیازی به صدور الحاقیه تغییر طبقه شغلی نباشد. در صورت تحقق خطر، خسارات احتمالی مشمول قاعده نسبی حق بیمه یا موضوع تشدید خطر نخواهد بود. به غیر از حدود ۲۰۰ نفر ماماهاى شاغل در مراکز درمانی، سایر گروه ها یکپارچه در نظر گرفته شود)

* تعهدات بیمه نامه در کلیه مراکز بهداشتی و درمانی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی زنجان معتبر خواهد بود.

* پوشش بیمه ای ۱۰۰ نفر از گروه پرستاری در ارائه خدمات هوم کر (بی نام)

* به هر شخص بیمه نامه مجزا صادر خواهد شد

* تاریخ شروع تفاهم نامه از ۱۴۰۵/۰۵/۰۱ تنظیم خواهد شد و به دلیل زمانبر بودن فرایند استعلام، بیمه نامه جدید

کارکنانی که بیمه نامه قبلی ایشان از ابتدای مردادماه تا زمان نهایی شدن برنده منقضی می گردد به تاریخ اتمام بیمه نامه قبلی صادر خواهد شد.

* در صورت وجود بیمه نامه قبلی، سوابق تخفیفات عدم خسارت به بیمه نامه جدید منتقل خواهد شد.

* بیمه نامه در زمان مأموریت خارج از مرکز درمانی محل اشتغال پرستار، داخل آمبولانس و حین اعزام بیمار به سایر مراکز تشخیصی و درمانی کشور معتبر و برقرار خواهد بود.

* بیمه گر برنده می بایست به غیر از ۲۸۵۰ نفر اعلامی، در طول مدت تفاهم نامه به نیروهای جدیدالورود (با هر نوع رابطه استخدامی) نیز بیمه نامه با حق بیمه و شرایط درخواستی صادر نماید.

نحوه پرداخت حق بیمه :

۳۰ درصد از کل حق بیمه به صورت نقد و مابقی طی ۸ قسط مساوی ماهانه

گروه	عنوان شغلی	تعداد شاغلین	حق بیمه هر نفر (ریال)	حق بیمه کل هر گروه
۱	ماماهایی که دارای مطب مستقل هستند	صفر		
۲	ماماهای شاغل در بیمارستان یا مراکز درمانی	۲۰۰ نفر		
۳	کارشناسان ارشد بیهوشی و تکنسین های بیهوشی ، کارشناسان فیزیوتراپی ، پرستاران و بهیاران شاغل در کلیه بخش های CCU و ICU و دیالیز ، اورژانس ، سوپروایزر بالینی ، کاردرمانی ، تکنسین فوریت های پزشکی ، کارشناس پرستاری در بخش ارتوپدی ، پرستار بخش شیمی درمانی ، مریبان پرستاری	۱۷۰۰ نفر		
۴	پرستاران و بهیاران سایر بخش ها ، تکنسین های اتاق عمل ، پرستاران و بهیاران اتاق عمل ، سوپروایزر آموزشی ، مدیر پرستاری	۸۵۰ نفر		
۵	تکنسین های رادیولوژی سی تی اسکن و MRI و کارشناسان و تکنسین های آزمایشگاه ، داروخانه و تکنسین های نوآرنگاری و CSR و کمک بهیاران و کاردان مامائی و کارشناسان شنوایی سنجی و اپتومتریست (بینایی سنجی) ، بهداشت خانواده ، فیزیست ، بهورز	۱۰۰ نفر		
جمع کل حق بیمه بدون مالیات بر ارزش افزوده				

✓ شرکت های بیمه گر می بایست پیشنهاد خود را طبق جدول فوق ، منضم به پیش نویس یا چاپ آزمایشی (با لحاظ موارد درخواستی) و مهر و امضاء کلیه صفحات ، حداکثر تا ساعت ۱۰ مورخه ۱۴۰۵/۰۵/۱۱ در سامانه ستاد بارگذاری نمایند.

✓ شرکتهای بیمه ای که طی آخرین بررسی بیمه مرکزی دارای رتبه ۱ توانگری مالی هستند مجاز به شرکت در استعلام می باشند.

✓ کارگزاری رسمی بیمه کد ۲۳۰۰ بیمه مرکزی آقای سید مهدی موسوی به عنوان کارگزار رسمی و پیگیری امور مربوط به صدور و خسارتهای احتمالی معرفی می گردند.

✓ شرکتهای بیمه ای مکلف به ارائه قیمت از طریق شعبه مرکزی و مدیریت استان می باشند و به نرخهای

اعلامی نمایندگی ها و .. ترتیب اثر داده نخواهد شد.

✓ پس از تعیین برنده ، شرکت بیمه گر می بایست حداکثر تا پایان ماه اصل بیمه نامه را تحویل دانشگاه نماید.

✓ ارسال پیش نویس بیمه نامه بر اساس شرایط درخواستی الزامی است.

✓ دانشگاه در رد یا قبول هر یک از پیشنهادهای مختار است.

✓ پاسخ به سوالات : ۰۹۱۲۴۴۱۹۷۰۱

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زنجان