

شماره: ۴۰۷۶ / ۵۰  
تاریخ: ۹۵/۱۱/۲۵  
پوست:

دانشگاه آزاد اسلامی



باسمه تعالی

سازمان مرکزی

بخشنامه: به رؤسای واحدهای مرکز استان (دبیران هیات های امناء استان ها)، واحدهای جامع مستقل، رؤسای واحدها، مراکز آموزشی و سازمان سما دانشگاه آزاد اسلامی

حوزه معاونت  
اداری و مالی

موضوع: آئین نامه صندوق بیمه عمر کارکنان و اعضای هیات علمی

دستورالعمل  
اداری

با صلوات بر محمد و آل محمد (ص)

پیرو بخشنامه شماره ۴۷/۴۰۹۱۹۷ مورخ ۹۲/۱۲/۱۲، به پیوست آیین نامه صندوق بیمه عمر به شرط فوت و از کارافتادگی دائم کارکنان دانشگاه آزاد اسلامی و نمونه برگ های مربوط در ۹ صفحه ارسال می گردد. مقتضی است ضمن مطالعه دقیق آیین نامه و رعایت ضوابط تعیین شده مراتب به نحو مقتضی به اطلاع کلیه کارکنان و اعضا هیات علمی دانشگاه رسانده شود. این بخشنامه در تاریخ ۱۳۹۵/۰۱/۲۵ به تأیید هیات رئیسه دانشگاه آزاد اسلامی رسیده است ..

مرتضی احسانی  
معاون اداری و مالی دانشگاه

کلاه

رونوشت:

- معاونین و مشاورین ریاست محترم دانشگاه آزاد اسلامی جهت استحضار
- دبیرخانه هیات امنای استان جهت اقدام و نظارت بر اجرای بخشنامه
- مرکز نظارت، بازرسی و رسیدگی به شکایات دانشگاه جهت نظارت بر اجرای بخشنامه
- اداره کل امور مالی دانشگاه
- اداره کل منابع انسانی و سیاست های رفاهی دانشگاه با سابقه

شماره: ۵۰۷۶  
تاریخ: ۹۵/۱۱/۲۵  
پوست:

دانشگاه آزاد اسلامی



باسمه تعالی

سازمان مرکزی

بخشنامه: به رؤسای واحدهای مرکز استان (دبیران هیات های امناء استان ها)، واحدهای جامع مستقل، رؤسای واحدها، مراکز آموزشی و سازمان سما دانشگاه آزاد اسلامی

حوزه معاونت  
اداری و مالی

موضوع: آئین نامه صندوق بیمه عمر کارکنان و اعضای هیات علمی

دستورالعمل  
اداری

با صلوات بر محمد و آل محمد (ص)

پیرو بخشنامه شماره ۴۷/۴۰۹۱۹۷ مورخ ۹۲/۱۲/۱۲، به پیوست آئین نامه صندوق بیمه عمر به شرط فوت و از کارافتادگی دائم کارکنان دانشگاه آزاد اسلامی و نمونه برگ های مربوط در ۹ صفحه ارسال می گردد. مقتضی است ضمن مطالعه دقیق آئین نامه و رعایت ضوابط تعیین شده مراتب به نحو مقتضی به اطلاع کلیه کارکنان و اعضا هیات علمی دانشگاه رسانده شود. این بخشنامه در تاریخ ۱۳۹۵/۰۱/۲۵ به تأیید هیات رئیسه دانشگاه آزاد اسلامی رسیده است ..

مرتضی احسانی  
معاون اداری و مالی دانشگاه



باسمه تعالی

**«آیین نامه صندوق بیمه عمر به شرط فوت و از کارافتادگی دائم کارکنان دانشگاه آزاد اسلامی»**

به استناد بند ۱۳ ماده ۱۲ اساسنامه دانشگاه آزاد اسلامی (مصوب شورای عالی انقلاب فرهنگی) و ماده ۱۷ آیین نامه استخدامی کارکنان دانشگاه آزاد اسلامی مصوب ۷۱/۱/۲۵ هیأت امناء، صندوق بیمه عمر به شرط فوت و از کارافتادگی کارکنان دانشگاه آزاد اسلامی طبق ضوابط و شرایط مندرج در این آیین نامه می باشد.

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

**افراد واجد شرایط:**

۱-۱) عضویت کلیه کارکنان و اعضای هیأت علمی تمام وقت رسمی و قراردادی در صندوق بیمه 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 بیمه عمر دانشگاه ۷۰ سال می باشد و افراد بالاتر از سن مذکور نمی توانند تحت پوشش قرار گیرند.

**عضویت:**

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

**حق بیمه:**

۳-۱) حق بیمه ماهانه برای هر یک از اعضا اعم از کارمند یا هیأت علمی معادل ۶۰/۰۰۰ ریال می باشد که مبلغ ۳۰/۰۰۰ ریال آن توسط واحد دانشگاهی مربوط و ۳۰/۰۰۰ ریال بقیه ماهانه از حقوق و مزایای متقاضی کسر می شود که این مبلغ به هیچ وجه قابل استرداد نمی باشد.



۴-۱) به منظور تأمین نقدینگی صندوق جهت انجام به موقع تعهدات و پرداخت خسارات، واحدهای دانشگاهی مکلفند کلیه حق بیمه سالانه اعم از سهم کارمند و سهم دانشگاه را یک جا طی یک فقره حواله حداکثر تا پایان اردیبهشت ماه به حساب سیبا شماره ۰۱۱۴۱۶۱۴۱۶۰۰۷ به نام صندوق بیمه عمر کارکنان دانشگاه آزاد اسلامی نزد بانک ملی شعبه دانشگاه واریز و نسخه‌ای واضح و خوانا از حواله پرداختی را به همراه فهرست بیمه شدگان (نمونه برگ تکمیل شده شماره ۵۳/۱۲۷) صرفاً در قالب لوح فشرده برای اداره کل منابع انسانی و سیاست‌های رفاهی دانشگاه ارسال کنند.

۵-۱) حق بیمه سهم کارکنان باید به صورت ماهانه از حقوق و مزایای آنان کسر شود و کسر یکجا غیر قابل قبول می باشد.

۶-۱) در صورت عدم واریز به موقع حق بیمه و ارسال لوح فشرده، جبران خسارتهای احتمالی مستقیماً به عهده مسئولین مربوط بوده و صندوق بیمه عمر کارکنان دانشگاه در پرداخت خسارت تعهدی نخواهد داشت.

۷-۱) پس از ارسال صورت اسامی فقط عضویت کارکنان جدیدالاستخدام با اعلام واحد مربوط پذیرفته خواهد شد.

۸-۱) عضویت مشمولان این طرح با قطع رابطه استخدامی آنان با دانشگاه که تاریخ دقیق آن توسط واحد به صندوق اعلام می شود منتفی خواهد شد.

۹-۱) افرادی که از مرخصی بدون حقوق استفاده می کنند در طول مرخصی مشمول استفاده از مزایای این صندوق نمی باشند.

۱۰-۱) چنانچه تاریخ واریز حق بیمه به حساب بانک بعد از تاریخ فوت یا از کارافتادگی کارمند باشد صندوق بیمه عمر کارکنان دانشگاه هیچگونه تعهدی مبنی بر پرداخت سرمایه فوت یا از کارافتادگی ندارد.

## ماده ۲- تعهدات صندوق و سرمایه بیمه:

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.

تبعیه: خسارت از کارافتادگی دائم با تعیین شورای عالی بیمه، سازمان تأمین اجتماعی و نظریه پزشکی قانونی مبنی بر پایان دوره درمان و همچنین تأیید اداره کل منابع انسانی و سیاست های رفاهی دانشگاه قابل پرداخت است.

**ماده ۳- مدت قرارداد:**

تاریخ شروع قرارداد از ابتدای هر سال می باشد و برای طول خدمت تداوم دارد و واحدها مکلفند هر سال نسبت به واریز حق بیمه 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) بیمه شده در زمان ثبت نام با تکمیل درخواست عضویت بیمه عمر (نمونه برگ شماره ۵۳/۱۲۶) افراد ذینفع سرمایه مورد بیمه 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 بیمه در صورتی قابل قبول است که بیمه شده 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 بیمه شده، سرمایه بیمه به نسبت تعیین شده توسط عضو بین آنان تقسیم خواهد شد و چنانچه ذینفع تعیین نشده باشد سرمایه بیمه بر اساس قوانین جاری کشور به وراث قانونی وی پرداخت می گردد.

**ماده ۵- نحوه بررسی خسارت:**

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

۵-۲) بیمه شده یا ذینفع آن باید حداکثر ظرف مدت ۲ ماه پس از بروز خسارت ناشی از تحقق خطر موضوع بیمه 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 (نمونه برگ 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 بیمه 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 برگ 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 بیمه عمر
  - ۶- اصل نمونه برگ های ۵۳/۱۲۶ و ۵۳/۱۲۸ تکمیل شده منطبق با آخرین تغییرات سازمانی اعضای کمیته سازمان مرکزی
- ۳-۵) 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 بیمه و رفاه واحد اقدام نماید.



۴-۵) کمیته بیمه و رفاه 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 ملی واحد جهت بررسی و تأیید نهایی برای اداره کل منابع انسانی و سیاست های رفاهی دانشگاه ارسال کند.

۵-۵) مهلت ارسال مدارک برای سازمان مرکزی توسط واحد حداکثر ۳ ماه پس از بروز خسارت می باشد.

۶-۵) مسئولیت بررسی و رسیدگی به مدارک متقاضی و تأیید صحت و تطبیق آن با شرایط و تعهدات صندوق مستقیماً به عهده کمیته بیمه و رفاه واحد بوده ولی به هر صورت پرداخت نهایی پس از تصویب اداره کل منابع انسانی و سیاست های رفاهی می باشد.

۷-۵) 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 بیمه عمر دانشگاه در قبال آن تعهدی ندارد.

#### ۶-۵-۱- استثنائات:

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

۱-۶) اقدام به خودکشی توسط بیمه شده و یافتن ناشی از استعمال مواد مخدر و مشروبات الکلی

۲-۶) در صورتی که ذینفع (ذینفعان) طبق رأی قطعی صادره از مراجع قضایی به طور عمدی موجب قتل بیمه شده 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.

۳-۶) اظهارات خلاف واقع یا هرگونه سوء نیت و تقلب و تبانی توسط بیمه شده یا استفاده کنندگان سرمایه بیمه در صورت اثبات

۴-۶) ارتکاب بیمه شده به اعمال مجرمانه اعم از مباشرت، مشارکت و معاونت در جرم

#### ماده ۷- موارد ذکر نشده:

کلیه مواردی که در این آیین نامه ذکر نشده است مشمول ضوابط بیمه مرکزی می باشد.

تاریخ:

شماره:

نسخه اول: سازمان مرکزی	اینجناب	بیمه شده / ذینفع پوشش بیمه عمر به شرط فوت و از کارافتادگی دائم	تاریخ:	امضاء:
	آقای/خانم	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):	موضوع بخشنامه شماره مورخ	مهر و امضاء:
نسخه دوم: کمیته بیمه و رفاه واحد	حق بیمه آقای/خانم	موضوع بخشنامه شماره مورخ	تاریخ:	مهر و امضاء:
	نامبرده کسر و طی حواله شماره مورخ	موضوع بخشنامه شماره مورخ	تاریخ:	مهر و امضاء:
نسخه برگ شماره ۵۲/۱۷۸	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)	ریال) به آقای/ خانم	تاریخ:	مهر و امضاء:
	زمانی آقای/خانم پرداخت می باشد.	بیمه شده/ ذینفع پوشش بیمه عمر	تاریخ:	مهر و امضاء:
	سازمان مرکزی - اداره کل منابع انسانی و سیاست های رفاهی دانشگاه	خواهشمند است دستور فرمایید نسبت به حواله وجه مذکور به حساب سیبا شماره با شناسه واریز	تاریخ:	مهر و امضاء:
	اداره کل امور مالی	نظر به این که کمیته پرداخت خسارت سازمان مرکزی پس از بررسی مدارک ارائه شده با پرداخت مبلغ (به حروف)	تاریخ:	مهر و امضاء:
	عمر آقای/خانم	موافق کرده، خواهشمند است دستور فرمایید نسبت به صدور حواله وجه مذکور به حساب جاری اعلام شده فوق توسط واحد اقدام شود.	مهر و امضاء:	

این جانب

بیمه شده/ذینفع پوشش بیمه عمر آقای/خانم

بدین وسیله ضمن اعلام رضایت، وصول چک شماره

به مبلغ

خسارت مربوط را اعلام می دارم.

تاریخ:

امضاء:

اثر انگشت:

عهدہ بانک

ریال ( به حروف):

ریال ( بابت تسویه



تاریخ:

شماره:

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

♦ بیمه شده 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
	زن <input type="checkbox"/> متأهل <input type="checkbox"/>					
نام پدر	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 غده		
				۱۴	گوارش و هاضمه		
				۱۵	سایر بیماریها		
				۱۶	حادثه و صدمیت		
				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 بیمه عمر در جریان صدور ویا بیمه عمر حوادث انفرادی دیگری دارید؟  بله  خیر  
در صورت مثبت بودن جدول زیر را تکمیل فرمائید.

نام شرکت	سرمایه بیمه	نوع بیمه

۵۳/۱۲۶

**ذینفعان سرمایه در صورت فوت بیمه شده**

ردیف	نام و نام خانوادگی	نام پدر	شماره شناسنامه	تاریخ تولد	نسبت استفاده کننده با بیمه شده	درصد استفاده از سرمایه عمر

بدین وسیله اینجانب بدین وسیله اینجانب با اطلاع از کلیه مقررات و ضوابط مربوط به این نوع پوشش بیمه‌ای، 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 بیمه‌ای اقدام و حق بیمه متعلقه را از حقوق ماهانه اینجانب کسر و برداشت کنند.

**اثر انگشت:**

**امضاء بیمه شده:**

**تاریخ:**

<p align="center">بدین وسیله گواهی می‌شود که این نمونه برگ توسط بیمه شده خانم/آقای                  در حضور خانم/آقای                  دبیر کمیته بیمه و رفاه واحد                  امضاء شده است.</p> <p align="center"><b>امضاء:</b>                      <b>تاریخ:</b></p>
---

## صورت اسامی بیمه عمر کارکنان و اعضای هیات علمی سال

ردیف	نام واحد	نام و نام خانوادگی	نام پدر	شماره شناسنامه	محل تولد	تاریخ تولد	جنسیت	وضعیت تأمل			نوع همکاری	نوع استخدام تمام وقت غیر بازنشسته	
								مرد	زن	مجرد		متاهل	رسمی

توجه : به منظور تکمیل ستونهای ۸ الی ۱۱ به جای هرگز نه علامتی از عدد (۱) استفاده شوند .

نسخه برگ ۵۲/۱۲۷