



ه‌ور س‌هر سامان

(سهامی خاص)

۴۶۱۷

شماره: NO ۱۴۰۴-۱۰۱-۱۴۲۰
تاریخ: DATE ۱۴۰۴/۱۰/۰۳
پیوست: EXCL

بخشنامه

کلیه همکاران شاغل در شرکت ه‌ور س‌هر سامان

موضوع: عقد قرارداد بیمه تکمیلی دوره ۱۴۰۴-۱۴۰۵

با سلام

با عنایت به پیشنهاد کمیسیون معاملات شرکت ه‌ور س‌هر سامان و همچنین تأیید مدیرعامل محترم نسبت به تمدید قرارداد بیمه تکمیلی با شرکت بیمه کوثر موارد ذیل باطلاع میرسد:

- ۱- شروع مرحله جدید بیمه مکمل درمان برای کلیه همکاران محترم از تاریخ ۱۴۰۴/۱۰/۰۱ می باشد.
- ۲- به منظور تکمیل و تطبیق اطلاعات ارسالی به شرکت بیمه مقتضی است کلیه همکارانی که در سال گذشته نیز متقاضی و برخوردار از طرح بیمه تکمیلی بوده‌اند نسبت به تکمیل و اعاده فرم پیوست به مدیریت منابع انسانی از طریق مسئولان مربوطه خانم پاکزاد (بخش فنی مهندسی) و آقای تمیزکار (بخش های Q.C - ارسال و دریافت - تأسیسات - IT - ترانسپورت) و آقای محمد آجرلو (پروژه امام) اقدام نمایند.
- ۳- حق بیمه سرانه هرنفر برای یک ماه به مبلغ ۱۹,۹۰۰,۰۰۰ ریال تعیین گردیده که یارانه پرداختی شرکت برای همکاران و افراد تحت تکفل ایشان ۹۰٪ (۱۷,۹۱۰,۰۰۰ ریال) و سهم کارمند ۱۰٪ (۱,۹۹۰,۰۰۰ ریال) می باشد.

۴- شرایط بیمه شدگان:

- ۴-۱ فرزندان ذکور مجرد حداکثر ۲۰ سال تمام و در صورت اشتغال به تحصیل با ارائه گواهی تحصیلی تمام وقت حداکثر تا سن ۲۵ سال تمام (دانشجوی دکتری ۲۶ سال) مشمول قرارداد هستند و مشغول به کار نباشند.



ه‌ور سپهر سامان

(سهامی خاص)
۲۶۱۷

شماره : ۱۴۰۴-۱۰۱-۱۴۲۰
تاریخ : ۱۴۰۴/۱۰/۰۳
پیوست : EXCL

- ۴-۲) فرزندان اثاث تا زمان ازدواج مشمول قرارداد هستند.
- ۴-۳) همسر همکاران با ارائه تصاویر تمام صفحات شناسنامه مربوطه به مدیریت منابع انسانی مشمول قرارداد می گردند.
- ۴-۴) پدر و مادر همکارانی که تحت تکفل آنان قرار دارند (منظور تحت تکفل یعنی شخص بیمه شده و شماره بیمه عائله با سرپرست یکی باشد) از یارانه شرکت برخوردار می گردند.
- ۵- کلیه همکاران می بایست تصویر تمام صفحات شناسنامه و کارت ملی) برای خود و عائله تحت تکفل را ارسال نمایند.
- ۶- مهلت ارائه درخواست از تاریخ ۱۴۰۴/۱۰/۰۱ تا پایان وقت اداری روز دوشنبه مورخ ۱۴۰۴/۱۰/۱۵ بوده و پس از انقضای مهلت مقرر هیچگونه ترتیب اثری داده نخواهد شد.
- بدیهی است عدم ارائه فرم مورد نظر تا تاریخ مذکور به منزله انصراف از تسهیلات بیمه تکمیلی در مرحله جدید بیمه درمان تلقی خواهد شد.

سیما سمیعی
مدیر منابع انسانی

((فرم درخواست بیمه درمان گروهی دوره ۱۴۰۴-۱۴۰۵))

با شماره شبدا

و شماره بیمه تامین اجتماعی

به شماره کارمندی

با احترام اینجانب

مقتاضی بیمه تکمیل درمان خود و عائله تحت تکفل برابر جدول ذیل را دارم.

مشخصات عائله تحت تکفل (کاملاً خوانا و بدون خط خوردگی تکمیل گردد)

ردیف	نام	نام خانوادگی	نام پدر	نسبت	تاریخ تولد (روز - ماه - سال)	شماره ملی عائله	شماره شناسنامه عائله	شماره بیمه تامین اجتماعی	محل صدور
۱					/ /				
۲					/ /				
۳					/ /				
۴					/ /				
۵					/ /				
۶					/ /				
۷					/ /				
۸					/ /				
۹					/ /				
۱۰					/ /				

تاریخ و امضاء

خواهشمند است دستور فرمایید برابر ضوابط و مقررات نسبت به کسر هزینه های مربوطه از حقوق و مزایای اینجانب اقدام نمایند.

شماره همراه :