

## دستورالعمل نحوه اعطای تسهیلات بیمه درمانی تکمیلی به دانشجویان روزانه و غیر روزانه مقاطع دکترای تخصصی Phd، دستیاری و فوق تخصص

### مقدمه :

به استناد قرار داد بیمه درمانی تکمیلی شرکت دی و صندوق رفاه دانشجویان در راستای گسترش پوشش بیمه ای به دانشجویان دانشگاه / دانشکده های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی، این دستورالعمل در خصوص تعیین نحوه پرداخت و بازپرداخت تسهیلات بیمه درمانی تکمیلی به دانشجویان مقاطع دکترای تخصصی Ph.d، دستیاری و فوق تخصص دانشگاه ها و دانشکده های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سراسر کشور به شرح زیر تنظیم و مفاد آن لازم الاجرا می باشد.

### فصل اول – کلیات

**ماده (۱): تعاریف:** معانی اصطلاحات به کار رفته در این دستورالعمل به شرح زیر می باشد:

- **صندوق:** صندوق رفاه دانشجویان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- **وزارت:** وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- **دانشگاه:** دانشگاه و دانشکده های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی و پردیس بین الملل.
- **معاونت:** معاونت دانشجویی و فرهنگی دانشگاه و دانشکده های علوم پزشکی سراسر کشور.
- **هیات امناء:** هیات امناء صندوق رفاه دانشجویان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
- **دانشجو:** دانشجویان دوره روزانه و غیر روزانه دکترای تخصصی Ph.d، دستیاری و فوق تخصص دانشگاه ها و دانشکده های علوم پزشکی سراسر کشور.
- **تسهیلات بیمه درمانی تکمیلی:** تسهیلاتی که به منظور پوشش بیمه درمانی تکمیلی در طول تحصیل صرفاً به دانشجویان مقاطع دکترای تخصصی Ph.d، دستیاری و فوق تخصص دانشگاه ها و دانشکده های علوم پزشکی سراسر کشور اعطا می گردد.

### فصل دوم: شرایط و ضوابط عمومی

۱-۲- شرایط دانشجویان متقاضی :

- الف :** دارا بودن صلاحیت اخلاقی و رعایت شئون دانشجویی.
- ب :** دانشجوی دوره روزانه و یا غیر روزانه مقاطع دکترای تخصصی Ph.d، دستیاری و فوق تخصص دانشگاه ها و دانشکده های علوم پزشکی
- تبصره :** مسئولیت معرفی افراد واجد شرایط بر عهده معاونت می باشد.

- ۲-۲- رعایت قوانین و ضوابط صندوق و بیمه درمانی تکمیلی دی در خصوص اعطای وام بیمه برای دانشجوی الزامی است.
- ۲-۳- دانشجوی جهت دریافت تسهیلات ملزم به ارائه تعهد محضری مورد تایید صندوق می باشد.
- ۴-۲- دانشجوی جهت دریافت تسهیلات ملزم به ارائه فرم درخواست می باشد.
- ۵-۲- دریافت تسهیلات فوق معنی برای دریافت سایر تسهیلات صندوق برای دانشجوی ایجاد نمی کند.
- ۶-۲- برای دریافت تسهیلات و خدمات بیمه درمانی تکمیلی نیازی به بیمه پایه نمی باشد.

### فصل سوم - ثبت نام و ارسال درخواست

- ۱-۳- دانشجوی ملزم است در زمان تعیین شده، ضمن مراجعه به پرتال دانشجویی به آدرس [my.srd.ir](http://my.srd.ir) نسبت به ثبت درخواست اقدام نماید.
- ۲-۳- دانشجوی ملزم است نسبت به دریافت فرم درخواست از قسمت درخواستهای جدید در پرتال دانشجویی اقدام و پس از تکمیل، آن را به همراه تعهد محضری تحویل اداره رفاه دانشگاه نماید.
- ۳-۳- ادارات رفاه دانشگاه بایستی نسبت به اسکن تعهد محضری در قسمت تعهدات تعهد محضری در پرونده دانشجوی اقدام نمایند.
- ۴-۳- ادارات رفاه دانشگاه بایستی نسبت به اسکن فرم درخواست در قسمت تعهدات تعهد محضری و تحت عنوان فرم درخواست وام درمانی تکمیلی در پرونده دانشجوی اقدام نمایند.
- ۵-۳- ادارات رفاه دانشگاهها موظفند ضمن ایجاد سند وام ضروری نوع تسهیلات (وام درمانی تکمیلی) نسبت به ثبت و تایید اسامی دانشجویان حائز شرایط اقدام نمایند.
- ۶-۳- پس از ایجاد سند امور آموزشی دانشگاه یا دانشکده می بایست با امضا و مهر لیست اسامی، دانشجویان نسبت به تایید دانشجوی بودن افراد لیست اقدام نماید.
- ۷-۳- پس از طی مراحل فوق اسناد به همراه تاییدیه آموزش موضوع ماده (۳-۶) و نامه پوششی با امضای رئیس دانشگاه یا معاون دانشجویی و فرهنگی می بایست به صندوق ارسال گردد.
- ۸-۳- با توجه به اینکه هزینه خسارت به شماره شبا اعلامی توسط دانشجوی واریز میگردد درج شماره شبا در پرتال الزامی می باشد. شماره شبا می تواند مربوط به هر کدام از بانک باشد و صرفا حتما نیاز به شماره شبا بانک تجارت نیست.

### فصل چهارم - شرایط و نحوه بازپرداخت تسهیلات

- ۱-۴- تسهیلات بیمه درمانی تکمیلی شامل ۴ درصد کارمزد می باشد.
- ۲-۴- دانشجویان موظفند نسبت به پرداخت تسهیلات بیمه درمانی تکمیلی همانند سایر تسهیلات طبق اوراق بازپرداخت اقدام نمایند.

## فصل پنجم - سایر موارد

- ۱-۵- دانشجویان حداکثر تا ۹ ترم امکان بهره مندی از تسهیلات بیمه درمانی را خواهند داشت.
- ۲-۵- این تسهیلات سالانه یکبار قابل درخواست و ثبت نام میباشد و صندوق نسبت به بدهکار نمودن دانشجویان به میزان حق بیمه یکساله در زمان تأیید سند اقدام می نماید.
- ۳-۵- دانشگاهها مکلفند هر گونه تغییر اعم از قطع رابطه آموزشی انصراف دانشجو از موضوع را سریعاً از طریق سیستم یکپارچه و ارسال فرم میزان بدهی به صندوق اطلاع رسانی نمایند مسئولیت انجام این موضوع با معاونت فرهنگی و دانشجویی دانشگاه می باشد.
- ۴-۵- در صورتیکه دانشجو به هر علتی دچار قطع رابطه آموزشی گردد بیمه تا پایان یک سال قرار داد بسته شده برای آن دانشجوی متقاضی قابل استفاده می باشد.
- ۵-۵- دانشجویان جهت دریافت لیست مراکز به سایت شرکت بیمه دی به آدرس <https://www.dayins.com> مراجعه نمایند.
- ۶-۵- دانشجویان میتوانند در صورت بروز مشکل با شماره تلفن ۱۶۷۱ به منظور دریافت راهنمایی و رفع مشکلات تماس بگیرند.
- ۷-۵- دانشجویان جهت مشاهده پرونده های خسارت مربوط به خود و وضعیت هر یک می توانند از طریق سایت و یا APP بیمه دی اطلاعات لازم را کسب نمایند بدین منظور لازم است دانشجویان در سایت و یا APP بیمه دی ثبت نام نمایند. شایان ذکر است برای دریافت خدمات بیمه درمانی تکمیلی نیازی به ثبت نام در سامانه مذکور نمی باشد.
- ۸-۵- جدول تعهدات بیمه درمانی تکمیلی به پیوست می باشد.
- ۹-۵- در صورت وقوع موارد مستحده که در این دستورالعمل تعیین تکلیف نگردیده نظر رییس صندوق نافذ خواهد بود.

این دستورالعمل مشتمل بر ۵ فصل به تصویب هیات اماناء صندوق رسیده و از تاریخ ۱۴۰۴/۰۷/۰۱ قابل اجرا می باشد.

## پیوست ۱

این فرم بایستی در یکی از دفاتر اسناد رسمی به طور دقیق و درج همه موارد به صورت خوانا تنظیم و به ثبت برسد. بدیهی است در صورت عدم مطابقت سند تنظیم شده با نمونه فرم، برای دریافت تسهیلات موظف به تنظیم مجدد سند می باشد.

### ((تعهدنامه مخصوص بازپرداخت تسهیلات دریافتی از صندوق رفاه))

| متعهد                                                                                          |                  |                     |              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---------------------|--------------|
| شماره ملی :                                                                                    | نام :            | نام خانوادگی :      | نام پدر :    |
| تاریخ تولد :                                                                                   | شماره شناسنامه : | محل صدور شناسنامه : | شماره تلفن : |
| نشانی :                                                                                        |                  |                     |              |
| توضیحات : دانشجوی دانشگاه / دانشکده : رشته : مقطع : دوره : شماره سریال شناسنامه : تلفن همراه : |                  |                     |              |
| تلفن ضروری :                                                                                   |                  |                     |              |

| متعهد له                                                                                                     |                                                   |                      |                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|----------------------|-----------------|
| شناسه ملی : ۱۴۰۲۸۵۶۱۶۸                                                                                       | نام شخص حقوقی : صندوق رفاه دانشجویان وزارت بهداشت |                      |                 |
| تاریخ ثبت : ۱۳۷۳/۱۱/۰۲                                                                                       | شماره ثبت : ۲۹۹۴۴/ت/۴۰۱هـ                         | محل ثبت : تهران      | تلفن : ۸۴۲۱۲۰۰۰ |
| نشانی : خیابان ولیعصر (عج)، بالاتر از خیابان آیت... طالقانی، نبش کوچه گیلان، پلاک ۱۶۰۵ صندوق پستی ۱۵۸۱۵/۱۳۱۳ |                                                   | کد پستی : ۱۵۹۳۶۳۳۵۴۳ |                 |

| ضامن                                                |                           |                     |              |
|-----------------------------------------------------|---------------------------|---------------------|--------------|
| شماره ملی :                                         | نام :                     | نام خانوادگی :      | نام پدر :    |
| تاریخ تولد :                                        | شماره شناسنامه :          | محل صدور شناسنامه : | شماره تلفن : |
| نشانی :                                             |                           |                     |              |
| توضیحات : شاغل در (نام محل کار و شهرستان محل کار) : |                           |                     |              |
| به شماره حکم کارگزینی / پروانه کسب :                | دارنده شماره حساب بانکی : | در بانک :           | شعبه :       |
| به نشانی (محل کار) :                                |                           | تلفن ضروری :        |              |

**متعهد** - که از تسهیلات صندوق رفاه دانشجویان، وام شهری، خوابگاه و یا هر گونه تسهیلاتی که از منابع اعطایی اشخاص حقیقی یا حقوقی توسط صندوق پرداخت می گردد، استفاده نموده و از مفاد دستورالعمل نحوه پرداخت و بازپرداخت تسهیلات مذکور و نیز نحوه محاسبه کارمزد مورد مطالبه صندوق رفاه دانشجویان کاملاً مطلع می باشم. ضمن عقد خارج لازم متعهد می شوم بلافاصله پس از اتمام سنوات مجاز مندرج در آیین نامه نحوه استفاده از تسهیلات و یا اعلام فراغت از تحصیل و یا قبل از دریافت هرنوع گواهی تحصیلی، ضمن مراجعه به اداره رفاه دانشگاه، از میزان بدهی تأیید شده از سوی صندوق رفاه دانشجویان اطلاع یافته و تمامی دانشجوین ملزم به بازپرداخت ده درصد از تسهیلات دریافتی در زمان فراغت از تحصیل می باشند و مسابقی بدهی خود را می بایست حداکثر ۶ ماه بعد از فراغت از تحصیل، طبق اوراق بازپرداخت و در سررسید تعیین شده پرداخت نمایند. بدیهی است چنانچه دانش آموخته قبل از مهلت مذکور درخواست مجوز نماید، بازپرداخت اقساط از تاریخ صدور مجوز شروع خواهد شد. همچنین متعهد می شوم، در صورت عدم فراغت از تحصیل (انصراف، ترک تحصیل یا اخراج)، و نیز در صورت تأخیر بیش از سه بار متوالی در بازپرداخت اقساط، کلیه وجوه دریافتی را به صورت یکجا مسترد نمایم. همچنین متعهد می شوم در صورت تأخیر در بازپرداخت اقساط، بدهی خود را به انضمام خسارت تأخیر تأدیه که صندوق رفاه دانشجویان به صورت روز شمار محاسبه و اعلام مینماید به صندوق مسترد نمایم. تأخیر در بازپرداخت بیش از مهلت مقرر کلیه دیون را به دین حال تبدیل نموده و صندوق می تواند از طریق دفترخانه اسناد رسمی تنظیم کننده سند نسبت به صدور اجراییه علیه اینجانب و وصول اصل و کارمزد و خسارت تأخیر دیر کرد و هزینه های ناشی از اقدام قانونی را به هر میزانی رأساً تشخیص و به دفترخانه اعلام و اقدام نماید. همچنین صندوق رفاه دانشجویان اجازه و اختیار تام و بدون قید و شرط دارد برای وصول مطالبات خود از کلیه شیوه ها و راهکارهایی که صلاح بدانند، خصوصاً استفاده از اطلاعات موجود و ذخیره شده در مراکز و پایگاه های اطلاع رسانی کشور و سایر مراکز مشابه و مرتبط استفاده نماید. همچنین متعهد می گردم چنانچه نشانی و شماره تلفن خود را تغییر دادم مراتب را فوراً به این دفترخانه و صندوق رفاه دانشجویان اطلاع دهم.

**ضامن** - با اطلاع کامل از تعهداتی که متعهد فوق الذکر این سند بابت دریافت تسهیلات صندوق رفاه دانشجویان، وام شهری، خوابگاه و یا هر گونه تسهیلاتی که از منابع اعطایی اشخاص حقیقی یا حقوقی توسط صندوق پرداخت می گردد، در قبال صندوق رفاه دانشجویان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی دارد و در این تعهدنامه ملزم به بازپرداخت آن گردیده، ضمن عقد خارج لازم متعهد و ملتزم می شوم که چنانچه نامبرده خلاف مقررات مذکور عمل کند، به محض اعلام و تشخیص صندوق رفاه دانشجویان کلیه بدهی متعهد فوق و مطالبات آن صندوق را بدون اعتراض تأدیه نمایم. مسؤولیت ضامن و متعهد در برابر صندوق رفاه دانشجویان تضامنی است و صندوق مزبور می تواند برای هریک از نامبردگان و یا در آن واحد برای هر دو آنها تقاضای صدور اجراییه نماید و به هر حال تشخیص و اعلام صندوق رفاه دانشجویان به دفترخانه نسبت به میزان بدهی جهت صدور اجراییه برای متعهد و ضامن قاطع و لازم الاجرا بوده و غیرقابل اعتراض است. همچنین ضامن به موجب این تعهدنامه به صندوق رفاه دانشجویان اجازه و اختیار تام و بدون قید و شرط می دهد برای وصول مطالبات خود از کلیه شیوه ها و راهکارهایی که صلاح بدانند، خصوصاً استفاده از اطلاعات موجود و ذخیره شده در مراکز و پایگاه های اطلاع رسانی کشور و سایر مراکز مشابه و مرتبط استفاده نماید.

تذکر: در صورت فوت ضامن، متعهد ملزم به معرفی ضامن جدید می باشد.

### امضاء ضامن

### امضاء متعهد

### • مدارک لازم جهت ارائه به اداره رفاه دانشجویی دانشگاه:

- ۱- اصل سند تعهدنامه تنظیمی در یکی از دفاتر اسناد رسمی کشور
- ۲- ارائه حکم کارگزینی، نقش حقوقی و یا مدارک مثبته مبنی بر اشتغال به کار ضامنین شامل کارمندان دولت (رسمی، پیمانی، قراردادی، بازنشسته و مستعمری بگیران)، کارمندان شرکت های دولتی و خصوصی، کارمندان بانک ها، جانباز دارای حقوق، دارندگان پروانه کسب یا بهره برداری (مانند تاکسیرانی، وکالت، طبابت، تاسیس داروخانه)
- ۳- شناسه ملی صندوق: ۱۴۰۲۸۵۶۱۶۸