	بسمه تعالی **دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز** **قرارداد بیمه عمر و حوادث کارکنان**	تاریخ : شماره : صفحه :

این قرارداد به استناد مناقصه شماره ۴۰۹۰۹۹۴۰۰۰۰۲۱ مورخه ۱۴۰۴/۰۹/۲۹ و بر اساس قانون بیمه مصوب اردیبهشت ماه ۱۳۱۶ وضوابط و مقررارت جاری بیمه های عمر وحوادث و شرایط عمومی و خصوصی بیمه های مذکور و شرایط مندرج در مناقصه ، بین دانشگاه علوم پزشکی وخدمات بهداشتی ودرمانی تبریز بعنوان بیمه گذار به نشانی تبریز ، خیابان گلگشت ، روبروی بیمارستان امام رضا (ع) ، مدیریت امور پشتیبانی و رفاهی بنمایندگی آقای محمدرضا ابهری و شرکت بیمه دی شعبه مرکزی تبریز بعنوان بیمه گر با کد اقتصادی ۵۱۵۷۶۱۳۴۶۳ بنمایندگی آقای دکتر رضا دلجوان انوری و شرکت بیمه دی شعبه مرکزی تبریز بعنوان بیمه گر با کد اقتصادی ۵۱۵۷۶۱۳۴۶۳ بنمایندگی آقای محمدرضا محمدیان مدیر شعبه تبریز و خانم فاطمه السادات پناهی معاون شعبه تبریز بشرح زیر منعقد و طرفین ملزم به رعایت کامل مفاد آن می باشند:

ماده ۱) موضوع قرارداد

صدور و ارائه بیمه نامه عمر و حادثه کارکنان رسمی – قراردادی و پیمانی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

تبصره ۱ : لیست بیمه شدگان در ابتداء قرارداد بصورت کلی یا بصورت تفکیکی هر واحد تحت پوشش بیمه گذار ارائه خواهد شد و ثبت نام بیمه شدگان اختیاری می باشد..

ماده ۲) تعهدات بیمه گر

تعهدات شرکت بیمه در خصوص بیمه عمر و حوادث بشرح جدول ماده ۳ می باشد و درصورت فوت بیمه شده و تکمیل مدارک از طرف بیمه گذار ، شرکت بیمه سرمایه بیمه را ظرف مدت ۳۰ روز در وجه ذینفعان بیمه پرداخت خواهد نمود(درصورت تکمیل فرم ، تقسیم سرمایه طبق فرم ذینفعان و درصورت عدم ارائه فرم ذینفع ، سرمایه به وراث قانونی پرداخت خواهد شد).

تبصره ۲)حداکثر سن بیمه شدگان در بیمه عمر و حوادث ۷۰ سال تمام می باشد. در صورتیکه در زمان ثبت نام اولیه بیمه شده دارای شرط سنی فوق باشد پوشش بیمه عمر و حادثه تا پایان اعتبار بیمه نامه ادامه خواهد یافت.

ردیف	توضیحات	سرمایه	توضیحات
۱	فوت عادی	۸.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال	در صورتیکه فوت بر اثر حادثه باشد سرمایه دوبرابر و مبلغ ۱۶/۰۰۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال پرداخت خواهد شد.
۲	فوت در اثر حادثه	۸.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال	
۳	نقص عضو وازکار افتادگی	۸.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال	ازکار افتادگی کلی و جزیی دایم

ماده ۳) حق بیمه :

۳-۱) برای کلیه تعهدات مطرح شده در ماده ۲ قرارداد حق بیمه همراه با مالیات ارزش افزوده و به ازاء هر نفر مبلغ ۱۸.۲۶۴.۰۰۰ ریال (برای مدت یکسال) می باشد.

۳-۲))برای بیمه شدگانی که در طول مدت اعتبار قرارداد به لیست بیمه عمرو حادثه اضافه شوند. (مستخدمین جدید و نفراتی انتقالی از سایر استانها) حق بیمه از ابتداء همان ماه و به تناسب مدت باقیمانده پرداخت خواهد شد.

۳-۳) حق بیمه در ۳ قسط بشرح ذیل در وجه بیمه گر پرداخت خواهد شد:

- **یک سوم حق بیمه به مبلغ ۶.۰۸۸.۰۰۰ ریال به ازاء هرنفر در تا ریخ ۱۴۰۵/۰۳/۳۰ (کسر از حقوق فروردین ماه)**
- **یک سوم حق بیمه به مبلغ ۶.۰۸۸.۰۰۰ ریال به ازاء هرنفر در تا ریخ ۱۴۰۵/۰۵/۳۰ (کسر از حقوق تیرماه)**
- **یک سوم حق بیمه به مبلغ ۶.۰۸۸.۰۰۰ ریال به ازاء هرنفر در تا ریخ ۱۴۰۵/۰۷/۳۰ (کسر از حقوق شهریور ماه)**

مهر و امضای نماینده قانونی بیمه گذار	مهر و امضای مجاز و تعهد آور بیمه گر

ماده ۴) مدت قرارداد

این قرارداد برای مدت یکسال تمام شمسی از تاریخ ۱۴۰۴/۱۱/۰۱ لغایت ۱۴۰۵/۱۰/۳۰ معتبر خواهد بود.

ماده ۵) نحوه صدور بیمه نامه ها

نحوه صدور بیمه نامه های عمر و حوادث با نظر مشاور وکارگزار رسمی بیمه دانشگاه، خواهد بود.

ماده ۶) شرایط فورس ماژور

کلیه مفاد این قرارداد در شرایط فورس ماژور و قهری لازم الاجراء می باشد.

ماده ۷) مرجع حل اختلاف

در صورت بروز هرگونه اختلاف در مفاد و شرایط این قرارداد، در وهله اول از طریق مصالحه بین طرفین حل و فصل خواهد شد. در صورت عدم رفع اختلاف ، موضوع به کمیته ماده ۹۴ آئین نامه مالی و معاملاتی ارجاع خواهد شد و رای کمیسیون برای طرفین قطعی و لازم الاجراء می باشد. رای کمیسیون به نشانی طرفین که در این قرارداد درج گردیده است ابلاغ خواهد شد.

ماده ۸) موارد فسخ قرارداد

۸-۱- عدم اجرای صحیح و کامل هر یک از موارد قرارداد تخلف محسوب شده و بیمه گذار می تواند قرارداد را بصورت یکجانبه و بدون مراجعه به مراجع قضایی فسخ و بیمه گر حق هرگونه اعتراض را از خود سلب می نماید.

۸-۲-عدم رعایت شمول قانون منع مداخله کارکنان دولت و معاملات دولتی توسط بیمه گر.

۸-۳- واگذاری قرارداد بغیر بصورت کلی یا جزیی توسط بیمه گر .

ماده ۱۹) تضمین قرارداد

با توجه به دستور العمل تضمین معاملات دانشگاههای علوم پزشکی ، شرکت بیمه موظف به ارائه تضمین هیات مدیره برای حسن انجام تعهدات می باشد.

ماده ۱۰) نشانی طرفین

بیمه گذار: تبریز، خیابان گلگشت، روبروی بیمارستان امام رضا (ع) ستاد مرکزی؛ تلفن: ۰۴۱۳۳۳۵۸۰۳۰ ؛ کد پستی: ۵۱۶۵۶۶۵۹۳۱

بیمه گر: تبریز، سربالائی ولیعصر، بعد از پل توانیر، جنب خیابان نظامی تلفن تماس: ۰۴۱۳۳۲۷۰۳۹۵ ؛ کد پستی: ۵۱۵۷۶۱۳۴۶۳

نشانی های فوق به منزله اقامتگاه قانونی طرفین می باشد لذا مکاتبات رسمی و ارسال مراسلات از طریق نشانی های فوق الذکر قانونی تلقی می شود. در صورت تغییر نشانی طرفین موظفند ظرف ۴۸ ساعت یکدیگر کتبا مطلع نمایند در غیر ایصورت کلیه نامه های ابلاغ شده ابلاغ قانونی تلقی و عذرعدم اطلاع پذیرفته نمی شود و مسئولیت های مالی و قانونی ناشی از عدم اعلام نشانی جدید بر عهده پیمانکار است.

ماده ۱۱) نسخ قرارداد:

این قرارداد در ۱۱ ماده و ۲ تبصره و در سه نسخه بین طرفین منعقد گردیده که هر نسخه آن در حکم واحد بوده و از تاریخ ۱۴۰۴/۱۱/۰۱ برای طرفین لازم الاجراء می باشد.

مهر و امضای نماینده قانونی بیمه گذار	مهر و امضای مجاز و تعهد آور بیمه گر