

بسمه تعالی



صندوق های بازنشستگی ، پس انداز
و رفاه کارکنان صنعت نفت

رویه اجرایی

تسویه هزینه درمانی بازنشستگان و بازماندگان متوفی

ماده ۱: هدف

این رویه اجرایی در راستای اجرای بندهای (ب) و (ی) ماده (۱۵) آیین نامه مالی مصوب هیأت امنای صندوق های بازنشستگی، پس انداز و رفاه کارکنان صنعت نفت (منبعد به اختصار صندوق نامیده می شود)، با هدف تبیین نحوه تسویه هزینه های درمانی بازنشستگان و بازماندگانی که به سبب فوت منجر به پرداخت نگردیده، تدوین شده است.

ماده ۲: دامنه کاربرد

وراث قانونی بازنشستگان و بازماندگان متوفی.

ماده ۳: هزینه درمانی

مجموع هزینه های مندرج در اسناد درمانی اعم از سرپایی یا بستری مرتبط با بازنشستگان و بازماندگان متوفی واجد شرایط دریافت خدمات درمانی که منجر به پرداخت سهم بیمه ای وفق مقررات در زمان حیات متوفی نگردیده است.

ماده ۴: بازپرداخت هزینه درمانی

۴-۱- وراثت بازنشستگان و بازماندگان متوفی می بایست اسناد هزینه درمانی را حداکثر ظرف مدت سه ماه از تاریخ فوت جهت بررسی و بازپرداخت به نمایندگی صندوق ارائه نمایند. به درخواست های پس از این مدت ترتیب اثر داده نخواهد شد.

۴-۲- هزینه درمانی بازنشستگان و بازماندگان متوفی نزد صندوق جزو ماترک محسوب است که حداکثر ظرف مدت یک ماه پس از ارائه گواهی انحصار وراثت، فرم تایید شماره حساب بانکی، مدارک شناسایی معتبر به ذی نفعان براساس سهم الارث مندرج در گواهی حصر وراثت پرداخت خواهد شد.

۴-۳- وراثت می توانند احدی از وراثت دیگر (اعم از مستمری بگير فعال یا غیر عضو صندوق) را با تکمیل فرم رضایت نامه پیوست به صورت حضوری در نمایندگی، جهت دریافت هزینه های درمانی معرفی نمایند.

۴-۴- در صورتی که فرد متوفی وارث قانونی نداشته باشد، صندوق وجوه مذکور را به عنوان سهم الارث ذخیره شده، ثبت می نماید، در این صورت مسئولیت تعیین تکلیف با مراجع قضایی ذی صلاح است.

ماده ۵: هزینه درمانی معوق

مستند به ماده (۱۸) آیین نامه مالی صندوق، پرداخت آن قسمت از هزینه ها و تعهدات که نوعا انجام آن از یک سال مالی تجاوز می کند باید به تایید رئیس هیئت رئیسه رسیده و معاون مالی مکلف است در بودجه سالانه منابع لازم برای پرداخت تعهدات قراردادهای مربوطه را مقدم بر سایر اعتبارات منظور نماید.

ماده ۶: تسریع در اقدام

۶-۱- نمایندگی های صندوق می بایست در صورت اطلاع و ثبت فوت بازنشسته/ بازمانده، حداکثر ظرف مدت یک روز کاری مراتب را به اطلاع امور درمان منطقه رسانده تا چنانچه اسناد درمانی نزد ایشان می باشد خارج از نوبت بررسی، ثبت و تایید نمایند.

۶-۲- چنانچه هزینه درمانی پس گذشت ایام از فوت بازنشسته/ بازمانده، شناسایی و قابل پرداخت باشد، مراتب با اعلام معاونت سلامت، بهداشت و درمان و از طریق نمایندگی صندوق به وراث اطلاع داده خواهد شد تا ایشان نسبت به ارائه مدارک مثبت جهت دریافت هزینه‌های مربوطه اقدام نمایند.

ماده ۷: مسئولیت اجرا

مسئولیت اجرای این رویه اجرایی، توامان و به ترتیب به عهده معاونت سلامت، بهداشت و درمان، معاونت امور بازنشستگی و رفاه و معاونت امور مالی، بودجه و تامین منابع خواهد بود.

ماده ۸: اصلاح و بروزرسانی

هرگونه تغییر و اصلاح رویه اجرایی جاری در آینده حسب پیشنهاد واحد مجری با تایید مدیریت تدوین روش‌ها و مقررات اداری و مالی و تصویب رئیس صندوق صورت می‌پذیرد.

ماده ۹: تصویب

رویه اجرایی تسویه هزینه درمانی بازنشستگان و بازماندگان متوفی صندوق‌های بازنشستگی، پس‌انداز و رفاه کارکنان صنعت نفت، مشتمل بر (۹) ماده و (۶) بند پس از ابلاغ رئیس صندوق لازم الاجرا می‌باشد.



رویه اجرایی
تسویه هزینه درمانی بازنشستگان و بازمندگان متوفی

فرم تعهد و رضایت نامه بازپرداخت هزینه درمانی بازنشستگان و بازمندگان متوفی

مشخصات متقاضی	<p>بسمه تعالی</p> <p>تاریخ تکمیل: / /</p> <p>رئیس محترم نمایندگی</p> <p>اینجانب/ اینجانبان با مشخصات مندرج در این فرم به عنوان ورثه/ وراث کارمند بازنشسته متوفی/ بازمند متوفی به نام شماره کارمندی گواهی نموده که بجز بازمندگان امضاءکننده زیر، ورثه دیگری جهت دریافت هزینه درمانی بازنشسته/ بازمند متوفی یاد شده وجود ندارد و چنانچه فردی در آینده بعنوان ورثه مراجعه و مدعی گردد، کلیه مسئولیتها بر عهده گواهی دهندگان بوده و کلیه تبعات امر را پذیرا خواهیم بود و صندوقهای بازنشستگی، پس انداز و رفاه کارکنان صنعت نفت فاقد هر گونه تعهد و مسئولیت مالی نسبت به درخواستهای پس از بازپرداخت هزینههای درمانی می باشد.</p>																													
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ردیف</th> <th>نام و نام خانوادگی</th> <th>کد ملی</th> <th>شماره تلفن</th> <th>امضا</th> <th>اثر انگشت</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>۱-</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>۲-</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>۳-</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>۴-</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> </tbody> </table>	ردیف	نام و نام خانوادگی	کد ملی	شماره تلفن	امضا	اثر انگشت	۱-	۲-	۳-	۴-
ردیف	نام و نام خانوادگی	کد ملی	شماره تلفن	امضا	اثر انگشت																									
۱-																									
۲-																									
۳-																									
۴-																									
رضایت نامه بازپرداخت	<p>اینجانب/ اینجانبان امضا کنندگان زیر موافقت خود را مبنی بر پرداخت کلیه هزینههای درمانی به آقای/ خانم به شماره ملی اعلام می داریم.</p>																													
تایید نمایندگی	<p>اطلاعات مندرج در فوق در حضور اینجانب تکمیل گردیده و صحت آن مورد تایید می باشد.</p> <p>تاریخ تایید: / /</p> <p>امضا و مهر رئیس نمایندگی</p>																													