

فایل راهنمای ثبت نام بیمه تکمیلی درمان سال ۹۶

۱. وارد اتوماسیون اداری خود شوید.

۲. بخش خدمات رفاهی را انتخاب نمایید.

تعمیم و یادداشت
تعمیم ششمی، میلادی و قمری و
امکان ایجاد و نمایش فعالیت ها



کارتابل نامه
کارتابل های نامه، بایگانی، پیام،
تعمیم کار و گردش کار



تنظیمات اولیه
با یکبار اجرا اجازه استفاده از ERP را به
شما میدهد



تغییر رمز عبور
شما میتوانید رمز عبور خود را در این
بخش تغییر دهید



خدمات رفاهی
امکان درخواست خدمات رفاهی و
نمایش سوابق درخواست ها



امکانات کارتابل
چسبندگی، تعیین جانشین، تعریف
گروهها، تعریف پارتا پیش فرض



۳. بخش بیمه مکمل درمان را انتخاب نمایید.

انتخاب خدمت



بیمه مکمل درمان
بیمه مکمل درمان (شرکت ...)



اقامتگاه
هتل کیش مهر



لیست درخواست های قبلی
درخواست هایی که شما قبلاً در
سامانه ثبت نموده اید



دزدو
خرید بلیط هواپیما



۴. فایل راهنمای موجود را با دقت مطالعه کرده و گزینه درخواست جدید را انتخاب نمایید.

ریان سهام - سامانه و جهت شرح - سامانه منبع و ریان سهام - سازمان و ریان سهام - سامانه می باشد.

4. همکاران مرد شاغل صرفاً می توانند همسر، فرزندان، پدر و مادر (فرزندان ذکور تا سن بیست سال تمام متولدین بعد از ۱۳۷۵/۰۳/۰۱ و در صورت اشتغال به تحصیل تمام وقت دانشگاهی تا سن بیست و پنج سال تمام متولدین بعد از ۱۳۷۰/۰۳/۰۱ و فرزندان اثاث تا هنگام ازدواج و یا اشتغال به کار) را بیمه نمایند.

5. زنان شاغل صرفاً می توانند پدر و مادر و افراد تحت تکفل قانونی خود را بیمه نمایند. شایان ذکر است استفاده از کمک هزینه ۵۰ درصد رفاهی، درمانی کارکنان، با توجه به مصوبه هیات رئیسه محترم دانشگاه برای افراد غیر تحت تکفل زنان شاغل در سال جاری صرفاً برای پدر و مادری باشد. لذا در صورتیکه تمایل به استفاده از تسهیلات مذکور را برای افراد غیر تحت تکفل خود شامل (همسر و فرزند) را دارند، مشمول پرداخت حق بیمه آنان به میزان ۱۰۰ درصد می باشند.

6. مدت اعتبار استفاده از خدمات بیمه تکمیلی از تاریخ ۱۳۹۵/۰۳/۰۱ تا ۱۳۹۶/۰۲/۳۱ می باشد.

7. در قرارداد سال ۹۵-۹۶ هزینه های داروهای پوست و مو، تقویتی و آزاد، دندانپزشکی مربوط به ایمپلنت، ارتودنسی و ست دندان، هزینه های مربوط به غربالگری و چکاپ و داروهای نازایی از شمول تعهدات خارج می باشد.

8. کسانی که در طول مدت قرارداد می توانند به لیست افراد بیمه شده اضافه شوند، شامل افراد جدید استخدام، کارکنان انتقالی، همسر کارکنانی که ازدواج کرده اند و افرادی که در انشای قرارداد تحت تکفل بیمه شده اصلی قرار گرفته اند، می باشند.

9. نوزادان از بدو تولد تحت پوشش بیمه قرار می گیرند منوط به اینکه ظرف دو ماه از زمان تولد، درخواست پوشش به شرکت بیمه ارسال شود.

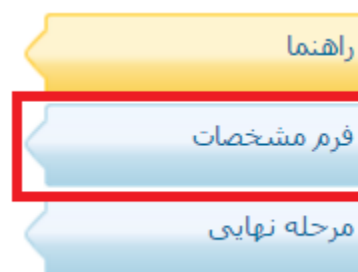
10. کلیه هزینه هایی که از سوی شرکت بیمه پرداخت می شوند براساس تعرفه های اعلام شده از سوی بیمه مرکزی خواهد بود.

11. افرادی که قصد انصراف از قرارداد سال ۱۳۹۵ را دارند در اتوماسیون اداری اقدام به ثبت نام ننمایند. عدم ثبت نام به منزله انصراف محسوب خواهد شد.

خاطر نشان می سازد استفاده از خدمات بیمه تکمیلی درمان اختیاری بوده و الزامی در استفاده از آن وجود ندارد.

درخواست جدید

۵. گزینه فرم مشخصات را انتخاب نمایید.



۶. با دقت کافی نسبت به تکمیل اطلاعات خود و افراد تحت تکفل اقدام نمایید. شایان ذکر است اطلاعات برخی از کارکنان در سامانه ذیل وجود دارد خواهشمند است نسبت به تکمیل آن اقدام نمایید.

بیمه مکمل درمان بیمه تکمیلی (طرح بدون سقف) کد رهگیری 2135340

وضعیت استخدام: لطفا انتخاب نمایید...
وضعیت ایتارگری: لطفا انتخاب نمایید...
درصد جاتیازی:
محل خدمت:
نام بانک: لطفا انتخاب نمایید...
شماره حساب:
شماره شبا: IR:
تلفن همراه:
 تمایل به بهره مندی از بیمه عمر تکمیلی (غرامت فوت و حوادث) در سال جاری:

+	کد ملی / شماره شناسنامه	جنسیت / نسبت	نام	نام خانوادگی	نام پدر	تاریخ تولد / محل تولد	وضعیت تاهل	نوع بیمه پایه
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> محل تولد	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ثبت

۷. در صورت تمایل به اضافه نمودن افراد تحت تکفل قانونی گزینه + و در صورت تمایل حذف آنان گزینه - را انتخاب نمایید و گزینه ثبت را انتخاب نمایید.

اضافه نمودن افراد تحت تکفل قانونی

نوع بیمه پایه	وضعیت تاهل	تاریخ تولد / محل تولد	نام پدر	نام خانوادگی	نام	جنسیت	نسبت
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		محل تولد					
		1					

حذف نمودن افراد تحت تکفل

ثبت

۸. پس از ثبت اطلاعات وارد بخش مرحله نهایی شوید.

بیمه مکمل درمان بیمه تکمیلی (طرح بدون سقف)

راهنما

فرم مشخصات

مرحله نهایی

نام خانوادگی :	نام :
عنوان سازمانی :	تاریخ درخواست :
ساعت درخواست :	ملاحظه :

یادداشت
سوابق خدمات رفاهی
انصراف
جهت بررسی

۹. در نهایت گزینه جهت بررسی را انتخاب نمایید. توجه داشته باشید در صورت عدم انتخاب گزینه جهت بررسی فرم درخواست شما به مدیریت امور اداری ارسال نخواهد شد و این به منزله عدم ثبت نام شما می باشد.

بیمه مکمل درمان بیمه تکمیلی (طرح بدون سقف) کد رهگیری

راهنما

فرم مشخصات

مرحله نهایی

نام خانوادگی :	نام :
عنوان سازمانی :	تاریخ درخواست :
ساعت درخواست :	ملاحظه :

یادداشت
سوابق خدمات رفاهی
انصراف
جهت بررسی

اداره رفاه کارکنان