

## به نام خدا

### راهنمای سامانه بیمه تکمیلی درمان

سامانه بیمه تکمیلی درمان که به جهت الکترونیک ساختن فرآیند درخواستهای بیمه تکمیلی درمان تهیه شده است، از طریق "پرتال پویا" / اداری / "بیمه تکمیلی" مطابق شکل قابل دسترسی است.




پس از انتخاب گزینه "بیمه تکمیلی" صفحه ذیل ایجاد می گردد

وابستگان							
ایجاد +							
عملیات	بیمه تکمیلی	تکفل	کد ملی	تاریخ تولد	نام خانوادگی	نام	وابستگی
					امیری	زهرا	همسر
	*				محمدی	محمد	خود شخص
	*				محمدی	وحید	بسر

نمایش 1 - 5 از 5

صفحه 1 از 1

در این صفحه مشخصات فرد و وابستگان وی و نیز وضعیت بیمه تکمیلی آن ها قابل رویت می باشد. چنانچه در ستون بیمه تکمیلی "\*" درج شده باشد بدین معناست که فرد دارای بیمه تکمیلی می باشد.

در صورت ایجاد تغییر در اطلاعات افراد مندرج در جدول بیمه تکمیلی، می بایست بر روی  در گزینه عملیات کلیک نموده تا اطلاعات فرد نشان داده شود. در این صفحه امکان اضافه، حذف، تغییرات در اطلاعات شخصی و نوع بیمه تکمیلی فرد وجود دارد.

وابستگان							
ایجاد 							
عملیات	بیمه تکمیلی	تکفل	کد ملی	تاریخ تولد	نام خانوادگی	نام	وابستگی
					امیری	زهرا	شمسر
	*				محمدی	محمد	خود شخص
					محمدی	وحید	پسر

صفحه 1 از 1

نمایش 1 - 5 از 5

### فرم ثبت وابستگان


نام:	زهرا	نام خانوادگی:	امیری
نام پدر:		نوع وابستگی:	شمسر
جنسیت:	<input type="radio"/> مرد <input type="radio"/> زن	کد ملی:	
شماره شناسنامه:	943	تاریخ تولد:	1361/03/18
محل صدور شناسنامه:	مشهد	تحت تکفل:	<input type="checkbox"/>
نوع دفترچه بیمه:	<input type="radio"/> تامین اجتماعی <input type="radio"/> خدمات درمانی <input type="radio"/> بیمه روستا <input type="radio"/> بیمه سلامت	شماره حساب جهت واریز:	
شماره دفترچه بیمه:		تلفن همراه:	
بیمه تکمیلی:	<input checked="" type="radio"/> فاقد بیمه تکمیلی <input type="radio"/> بیمه تکمیلی بدون تعهد دندان پزشکی <input type="radio"/> بیمه تکمیلی با تعهد دندان پزشکی	تلفن ثابت:	


**\*توجه:** همکار گرامی دانشگاه صرفاً برای افرادی که تحت تکفل شما می باشند 50% بیمه تکمیلی را پرداخت می نماید. در صورتی بیمه نمودن افراد خارج از تکفل، می بایست 100% مبلغ بیمه پرداخت گردد.

ذخیره  بازگشت 

در صورتی که بیمه شده اصلی قبلاً بیمه تکمیلی درمان نبوده و در سال جاری متقاضی بیمه تکمیلی درمان می باشد می بایست در ردیف "بیمه تکمیلی" یکی از دو حالت "بیمه تکمیلی بدون تعهد دندان پزشکی" یا "بیمه تکمیلی با تعهد دندان پزشکی" را انتخاب نموده و از حالت "فاقد بیمه تکمیلی" خارج گردد. در این صورت با انتخاب هر یک از دو حالت فوق، می بایست برای تمامی وابستگان تبعی که متقاضی بیمه تکمیلی درمان هستند نیز همان حالت بیمه انتخاب شود

در صورتی که بیمه شده اصلی قبلاً بیمه تکمیلی در مان بوده و در سال جاری متقاضی بیمه تکمیلی درمان نمی باشد می بایست در ردیف " بیمه تکمیلی" گزینه "فاقد بیمه تکمیلی" را انتخاب نماید. در این صورت با حذف بیمه شده اصلی، امکان بیمه نمودن وابستگان تبعی نیز وجود ندارد.

در صورتی که بیمه شده اصلی متقاضی حذف بیمه تکمیلی درمان افراد مندرج در جدول بستگان باشد می بایست پس از کلیک بر روی  و رویت اطلاعات فرد، از گزینه "بیمه تکمیلی" حالت "فاقد بیمه تکمیلی" را انتخاب نماید.

در صورتی که بیمه شده اصلی متقاضی اضافه نمودن افراد مندرج در جدول بستگان به فهرست بیمه تکمیلی درمان خود باشد می بایست پس از کلیک بر روی  و رویت اطلاعات فرد از گزینه "بیمه تکمیلی" یکی از دو حالت "بیمه تکمیلی بدون تعهد دندان پزشکی" یا "بیمه تکمیلی با تعهد دندان پزشکی" را متناسب با نوع بیمه خود انتخاب نماید.

در صورتی که بیمه شده اصلی متقاضی تغییرات در نوع تعهدات دندانپزشکی باشد می بایست از گزینه "بیمه تکمیلی" یکی از دو حالت "بیمه تکمیلی بدون تعهد دندان پزشکی" یا "بیمه تکمیلی با تعهد دندان پزشکی" را انتخاب نماید.

جهت اضافه نمودن افراد جدیدی که اسامی آن ها در جدول وابستگان نمی باشد بیمه شده اصلی می بایست در صفحه اصلی گزینه "ایجاد" را انتخاب نموده و با باز شدن صفحه مورد نظر، اطلاعات فرد را ثبت نماید.

وابستگان								
عملیات	بیمه تکمیلی	تکفل	کد ملی	تاریخ تولد	نام خانوادگی	نام	وابستگی	1
					امیری	زهرا	همسر	1
	*				محمدی	محمد	خود شخص	2
					محمدی	وحید	پسر	3

نمایش 1 - 5 از 5

فرم ثبت وابستگان

نام:

نام پدر:

جنسیت:  زن  مرد

شماره شناسنامه:

محل صدور شناسنامه:

تحت تکفل:

نوع دفترچه بیمه:  تامین اجتماعی  خدمات درمانی  بیمه روستا  بیمه سلامت

شماره حساب جهت واریز:

شماره دفترچه بیمه:

تلفن همراه:

بیمه تکمیلی:  فاقد بیمه تکمیلی  بیمه تکمیلی بدون تعهد دندانپزشکی  بیمه تکمیلی با تعهد دندانپزشکی

تلفن ثابت:

نام خانوادگی:

نوع وابستگی:

کد ملی:

تاریخ تولد:

\*نوعه: همکار گرامی دانشگاه صرفاً برای افرادی که تحت تکفل شما می باشند 50% بیمه تکمیلی را پرداخت می نماید. در صورتی بیمه نمودن افراد خارج از تکفل، می بایست 100% مبلغ بیمه پرداخت گردد.

ذخیره بازگشت

نکته:

- در صورتی که فرد بیمه شده تحت تکفل بیمه شده اصلی باشد گزینه تحت تکفل به صورت خودکار انتخاب شده می باشد.
- بیمه شده اصلی می بایست در ردیف "بیمه تکمیلی" یکی از دو حالت "بیمه تکمیلی بدون تعهد دندان پزشکی" یا "بیمه تکمیلی با تعهد دندان پزشکی" را متناسب با حالت بیمه تکمیلی خود انتخاب گردد.