

راهنمای ثبت نام بیمه تکمیلی درمان در سال ۱۳۹۷

با سلام

به اطلاع اعضاء محترم هیات علمی و کارکنان گرامی دانشگاه می رساند با توجه به تمديد قرارداد بیمه تکمیلی تاریخ ۹۶/۳/۲۹ لازم است حداکثر تا روز یکشنبه مورخ ۹۶/۴/۴ نسبت به انتخاب طرح پیشنهادی الف، ب بیمه تکمیلی و همچنین افزایش یا کاهش و یا هرگونه تغییر در وضعیت بیمه شدگان با مطالعه دقیق اطلاعیه ها و جدول تعهدات درمان سال ۹۶ ثبت نام سیستمی برای قرارداد جدید را اقدام نمایید.

❖ اعضاء محترم هیات علمی و کارکنان گرامی که در سال ۱۳۹۶ بیمه تکمیلی **بوده اند**

فقط وارد سامانه بیمه تکمیلی شده "www.bimeh.kntu.ac.ir"

❖ ورود به سیستم به شرح ذیل می باشد :

❖ نام کاربری : کد پرسنلی

❖ اسم رمز : کد ملی

ورود به سیستم

؟ راهنمای ورود به سیستم

10000

نام کاربری

اسم رمز

3DBT78

کد امنیتی

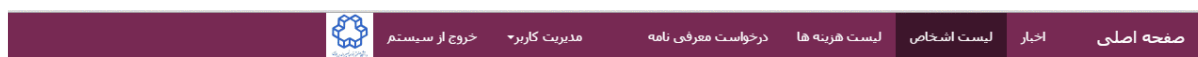
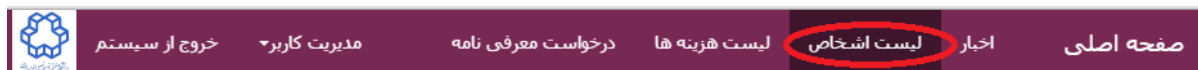
3dbt78

کد امنیتی

مرا به خاطر داشته باش

ورود به سیستم

❖ ورود به سیستم انجام گرفت در نوار بالای صفحه روی آیکن **لیست اشخاص** رفته اسم نفر اصلی بیمه شده و افراد تحت تکفل آن قابل رویت است روبروی هراسم آیکن فعال می باشد در صورت فعال نمودن آیکن فعال شخص جزء بیمه تکمیلی محاسبه می گردد در غیر اینصورت از لیست بیمه تکمیلی حذف می گردد .



افزودن تحت تکفل جدید

ردیف	نام	نام خانوادگی	نام پدر	کدملی	تاریخ تولد	نسبت	شماره بیمه شده	فعال
1	رضا	قادری	احمد	8458254	1/1/60	اصلی		<input checked="" type="checkbox"/>
2	محمد	قادری	رضا	0031545	80/2/4	پسر		<input checked="" type="checkbox"/>

طرح انتخابی: طرح 2

طرح 2 ▾
انتخاب طرح مورد نظر

نهایی کردن نت نام

❖ در صورتیکه اسم شخص جدید را خواستید به لیست اضافه کنید در نواربالای صفحه آیکن **افزودن شخص** نمایان می باشد آنرا زده پنجره باز می شود واطلاعات شخص جدید را وارد سامانه می کنید وذخیره می کنید .

افزودن تحت تکفل جدید

<input type="text"/>	نام
<input type="text"/>	نام خانوادگی
<input type="text"/>	نام پدر
<input type="checkbox"/> (برای مذکر تیک بخورد)	جنسیت
<input type="text"/>	شماره شناسنامه
<input type="text"/>	کدملی
<input type="text"/>	تاریخ تولد
<input type="checkbox"/>	تحت تکفل
<input type="text"/>	نسبت
<input type="text"/>	نوع بیمه
<input type="text"/>	شماره بیمه شده
<input type="checkbox"/>	فعال
<input type="button" value="ذخیره"/>	
	برگشت

❖ در انتها نوع طرح یک و دو را مشخص کرده و ذخیره را میزنیم و پرینت گرفته با ذکر نام و نام خانوادگی و امضاء بیمه شده اصلی به امور اداری - اداره رفاه ارسال نمائید .

صفحه اصلی | اخبار | لیست اشخاص | لیست هزینه ها | درخواست معرفی نامه | مدیریت کاربر | خروج از سیستم

ردیف	نام	نام خانوادگی	نام پدر	کدملی	تاریخ تولد	نسبت	شماره بیمه شده	فعال
1						اصلی	1160903180	<input checked="" type="checkbox"/>
2						پسر	1160674087	<input checked="" type="checkbox"/>
3						پسر	1160674086	<input checked="" type="checkbox"/>
4						همسر	1160674085	<input checked="" type="checkbox"/>
5						مادر	1160674088	<input checked="" type="checkbox"/>

[چاپ فرم ثبت نام](#)

Print
Total: 1 sheet of paper

[Print](#) [Cancel](#)

Destination: HP LaserJet Professiona...
[Change...](#)

Pages: All
 e.g. 1-5, 8, 11-13

Copies: 1

Layout: Portrait

Options: Simplify page
 Two-sided

[+ More settings](#)

[Print using system dialog... \(Ctrl+Shift+P\)](#)

6/7/2016

مشخصات شخص - شماره بیمه تکمیلی

(طرح انتخابی: طرح 2)

ردیف	نام	نام خانوادگی	نام پدر	کدملی	تاریخ تولد	نسبت
1						اصلی
2						پسر
3						پسر
4						همسر
5						مادر

اطلاعات فوق مورد تایید است.

امضاء

❖ کلیه متقاضیان جدید بیمه تکمیلی که در سال ۱۳۹۶ بیمه **نبوده اند** پس از تکمیل فرم بیمه تکمیلی ارسال شده به واحدهای مربوطه در مدت زمان اعلام شده به کارشناس بیمه تکمیلی سرکار خانم واسع تحویل نمایند. لذا خواهشمند است هنگام تکمیل فرم مربوطه تمامی موارد اعم از نام و نام خانوادگی، کدملی، شماره موبایل، اعلام طرح یک ودو و امضاء را به صورت دقیق کامل و خوانا مرقوم فرمائید.

✓ " شماره تماس کارشناس بیمه تکمیلی سرکار خانم واسع ۸۴۰۶۴۲۲۵ "

✓ درضمن عدم ارسال فرم مربوطه تمامی افراد به منزله انصراف از بیمه تکمیلی درمان خواهد بود.