



راهنمای ثبت نام و ویرایش و انصراف بیمه تکمیلی

شرکت دانش بنیان

طرح پردازان آذرخش

شرکت مهندسی طرح پردازان آذرخش

Engineering Company Process Design Azarakhsh

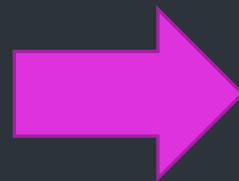
Engineering Company Process Design Azarakhsh



شرکت مهندسی طرح پردازان آذرخش

ثبت نام بیمه تکمیلی

جهت ثبت نام بیمه تکمیلی
آیکن مورد نظر را انتخاب می
کنیم.





شرکت مهندسی طرح پردازان آذرخش

اطلاعاتی جهت نمایش یافت نشد

کلید های میانبر



پیگیری ثبت نام بیمه



ثبت نام بیمه



آیکن ثبت نام بیمه را انتخاب می کنیم



شرکت مهندسی طرح پردازان آذرخش

شرایط و تعهدات

ویرایش راهنما

شرایط مورد نظر را مطالعه نموده و در صورت موافقت، موارد فوق را مطالعه نموده ام بزنید.

موارد فوق را مطالعه نموده ام

بازگشت



و پس از مطالعه شرایط، دکمه موارد فوق را مطالعه نموده ام انتخاب کنید.



شرکت مهندسی طرح پردازان آذر خن

شرایط مورد نظر را مطالعه نموده و در صورت موافقت، موارد فوق را مطالعه نموده ام بزنید.

موارد فوق را مطالعه نموده ام

بازگشت



تأیید مطالعه شرایط و ضوابط

در صورت مطالعه ننمودن
قوانین، تمامی پیامدها بر عهده خود
شما میباشد. آیا از مطالعه قوانین
مطمئن هستید؟

بله

خیر

بعد از مطالعه شرایط دو پیغام مبنی بر تأیید
شرایط و ضوابط نمایش داده می شود در صورت
موافقت دکمه بله را انتخاب کنید تا وارد صفحه
ثبت نام شوید.





شرکت مهندسی طرح پردازان آذر خشن

شرایط مورد نظر را مطالعه نموده و در صورت موافقت، موارد فوق را مطالعه نموده ام بزنید.

موارد فوق را مطالعه نموده ام

بازگشت

تأیید مطالعه شرایط و ضوابط

در صورت عدم مطالعه شرایط و ضوابط پیامد تمامی مشکلات بعدی به عهده شما می باشد

قبول

انصراف

ثبت نام در بیمه : قرارداد بیمه تکمیلی بیمه سرمد ۱۴۰۰-۱۳۹۹ (احسان اثنی عشری شعجره)

بیمه تکمیلی

مبلغ حق بیمه ماهانه	جزئیات	انتخاب نمایید	مقداری انتخاب نشده است"
شماره تماس ثابت :		<input type="text"/>	نمونه تلفن ۰۲۱۰۱۱۲۲۳۳
شماره تماس همراه برای مواقع ضروری :		<input type="text"/>	نمونه تلفن همراه ۰۹۱۲۰۰۱۱۲۲
شماره شب :		<input type="text"/>	
شماره حساب :		<input type="text"/>	
انتخاب بانک :		<input type="text"/>	
متقاضی بیمه عمر :		<input type="text"/>	
سازمان بیمه گر :		ندارد	
شماره دفترچه بیمه :		<input type="text"/>	
پست الکترونیکی (ایمیل) :		<input type="text"/>	
واحد محل خدمت :		اداره ی رفاه کارکنان	
مرکز هزینه محل خدمت :		ستاد مرکزی	
همسر در این سازمان شاغل است؟ :		<input type="checkbox"/>	خیر

در این قسمت اطلاعات در خواستی را تکمیل نموده



همکار محترم در صورتی که مایل به ثبت نام افراد تحت تکفل خود می باشید از لیست زیر انتخاب یا اضافه نمایید.

جهت ثبت اطلاعات افراد تحت تکفل بعد از ورود اطلاعات آنها بایستی از لیست پایین گزینه انتخاب را علامت بزنید .

انتخاب	نام	نام خانوادگی	نام پدر	تاریخ تولد	جنسیت	شماره ملی	نسبت	سازمان بیمه گر	شماره دفترچه بیمه
<input type="checkbox"/>									
<input type="checkbox"/>									

نمایش ۱ تا ۲ از مجموع ۲ رکورد

پیوست فایل ها

در صورت نیاز میتوانید تصاویر و فایل های خود را آپلود کنید

دریافت فایل	پیوست

در پایین این صفحه اطلاعات افراد تحت تکفل شما نمایش داده شده است و در صورت نیاز تیک فرد تحت تکفل را می زنیم.

افزودن تحت تکفل

لطفا زبان سیستم خود را به زبان فارسی تغییر دهید .
لطفا تمامی اطلاعات درخواست شده را تکمیل نمایید .

نام خانوادگی نام
نام پدر نام پدر
تاریخ تولد تاریخ تولد
شماره ملی شماره شناسنامه
جنسیت جنسیت
پدر پسر
شماره دفترچه بیمه سازمان بیمه گر
انتخاب نماینده (اجباری)
وضعیت تأهل مجرد

شماره شبای :
شماره شبای :
متقاضی بیمه عمر : سازمان بیمه گر :
تامین اجتماعی :
توضیحات :
همسر در این سازمان شاغل است؟ :
خیر

جهت ثبت اطلاعات افراد تحت تکفل بعد از ورود اطلاعات

افزودن تحت تکفل | ویرایش تحت تکفل | انتخاب همه افراد | از

انتخاب	نام خانوادگی	شماره
<input checked="" type="checkbox"/>	رادمهر	۵۴۸۵۹

ثبت | انصراف

در این قسمت با زدن دکمه افزودن تحت تکفل
میتوان افراد جدید را اضافه کرد و بعد از ثبت تیک
کنارش را می زنیم

افزودن تحت تکفل

لطفا زبان سیستم خود را به زبان فارسی تغییر دهید .
لطفا تمامی اطلاعات درخواست شده را تکمیل نمایید .

نام خانوادگی نام

نام پدر نام پدر

تاریخ تولد تاریخ تولد

شماره ملی شماره شناسنامه

نسبت جنسیت

پدر مرد

شماره دفترچه بیمه سازمان بیمه گر

انتخاب نمایید(اجباری)

وضعیت تأهل

مجرد

انصراف ثبت

شماره شب :
متقاضی بیمه عمر : سازمان بیمه گر:
تأمین اجتماعی
توضیحات :
همسر در این سازمان شاغل است؟ :
خیر

جهت ثبت اطلاعات افراد تحت تکفل بعد از ورود اطلاعات

افزودن تحت تکفل ویرایش تحت تکفل انتخاب همه افراد از

انتخاب	نام	نام خانوادگی	شماره د
<input checked="" type="checkbox"/>	حسن	رادمهر	۵۴۸۵۹

در این قسمت اگر بخواهید اطلاعات افراد را ویرایش کنید روی شخص کلیک کرده و دکمه ویرایش تحت تکفل را می زنیم و دکمه ثبت را می زنیم.





شرکت مهندسی طرح پردازان آذرخش

عملیات ثبت نام شما با موفقیت انجام شد

همکار گرامی بعد از ثبت نام شما در بیمه تکمیلی درمان مبلغ قید شده در فرم ذیل توسط امور مالی واحد محل خدمت شما ماهانه از حقوق شما کسر خواهد شد. اطلاعات ثبت نام در قرارداد برای شما ارسال شد.

چاپ

اطلاعات بیمه تکمیلی

نام بیمه تکمیلی	قرارداد بیمه تکمیلی بیمه سرمد ۱۴۰۰-۱۳۹۹	شماره بیمه تکمیلی	۹۹۱۱۰۱
درجه بیمه تکمیلی	مبلغ حق بیمه ماهانه :	هزینه کل افراد ثبت نام شده	۴,۳۵۰,۰۰۰ ریال



و پس از انتخاب دکمه ثبت اطلاعات، پیغامی مبنی بر اینکه عملیات ثبت نام با موفقیت انجام شد نمایش داده می شود. که با زدن دکمه چاپ گزارش ثبت نامی شما نمایش داده می شود.

مشخصات بیمه شده اصلی (پرسنل) و تحت تکفل

تاریخ پایان بیمه: ۱۳۹۸/۰۶/۲۵

تاریخ شروع بیمه: ۱۳۹۷/۰۶/۲۵

ردیف	نام و نام خانوادگی	نام پدر	کد ملی	شماره شناسنامه	تاریخ تولد	تسبیت
۱	امیرعلی اثنی عشری شمعره	احسان	[REDACTED]	[REDACTED]	۱۳۹۴/۰۱/۲۹	پسر
۲	الهام طالبی موری آبادی	محمد	[REDACTED]	[REDACTED]	۱۳۶۷/۰۶/۱۲	همسر
۳	احسان اثنی عشری شمعره	غلامرضا	[REDACTED]	[REDACTED]	۱۳۵۹/۱۱/۰۹	اصلی

مبلغ کل حق بیمه سالیانه بیمه شدگان (اصلی و تحت تکفل) ۵۲,۲۰۰,۰۰۰ ریال

یک نسخه فرم عضویت بیمه تکمیلی را تا پایان قرارداد نزد خود نگه دارید
و همچنین یک نسخه را نیز به حوزه بیمه و سلامت امور منابع انسانی و پشتیبانی ارائه نمایید

و پس از زدن دکمه چاپ گزارش مورد نظر نمایش داده می شود.



شرکت مهندسی طرح پردازان آذرخش

پیگیری ثبت نام بیمه (ویرایش)

همکار گرامی در صورت مغایرت اطلاعات با اطلاعات هویتی شما لطفاً برای تصحیح به واحد کارگزینی محل خدمت خود مراجعه فرمائید

نام الهه	کد ملی : ا	وضعیت اشتغال : شاغل	نام بانک:
نام خانوادگی : رضائی	شماره شناسنامه :	نوع استخدام : شمساما - کمیته امداد	شماره حساب :
نام پدر : توکل	تاریخ تولد :	محل خدمت : کمیته امداد امام خمینی (ره)	شماره شبا :
وضعیت تأهل : مجرد	وضعیت ایثارگری : عادی	پست سازمانی : کارشناس	تلفن :
جنسیت : زن	ایثارگری در بیمه دارد : خیر		

افراد تحت تکفل

نام	نام خانوادگی	نام پدر	تاریخ تولد	شماره شناسنامه	جنسیت	شماره ملی	نسبت
اطلاعاتی جهت نمایش یافت نشد							

کلید های میانبر



بعد از ثبت نام بیمه تکمیلی جهت ویرایش یا تغییر احتمالی در ثبت نام انجام شده بر روی آیکن پیگیری ثبت نام بیمه کلیک نمایید



شرکت مهندسی طرح پردازان آذرخش

اطلاعات قرارداد ها

همکار محترم در صورت انتخاب قرارداد لیست افراد ثبت نام شده نمایش داده میشود.
شما میتوانید قبل از پایان مهلت ثبت نام نسبت به انصراف یا افزودن تحت تکفل جدید اقدام نمایید.

قرارداد : انتخاب کنید

بازگشت



سپس قرارداد ثبت نامی را از منو قرارداد انتخاب
می کنیم.



همکار محترم در صورت انتخاب قرارداد لیست افراد ثبت نام شده نمایش داده میشود.

شما میتوانید قبل از پایان مهلت ثبت نام نسبت به انصراف یا افزودن تحت تکفل جدید اقدام نمایید.

قرارداد : قرارداد بیمه تکمیلی بیمه سرمد ۱۴۰۰-۱۳۹۹

چاپ اطلاعات ثبت نام شدگان

نام	نام خانوادگی	کد ملی	نام پدر	تاریخ تولد	جنسیت	شماره شب	نسبت	ارسال شده به شرکت بیمه	عملیات
احسان	اتنی عشری شعجره		غلامرضا	۱۳۵۹/۱۱/۰۹	مرد		اصلی	X	انصراف از قرارداد ویرایش
امیرعلی	اتنی عشری شعجره		احسان	۱۳۹۴/۰۱/۲۹	مرد		پدر	X	انصراف
الهام	طالبی موری آبادی		محمد	۱۳۶۲/۰۶/۱۳	زن		همسر	X	انصراف

نمایش ۱ تا ۳ از مجموع ۳ رکورد



در صورت انصراف از ثبت نام یا ویرایش اطلاعات مورد نظر و یا از حذف افراد تحت تکفل گزینه های مربوطه را انتخاب می کنیم.



شرکت مهندسی طرح پردازان آذرخش

مبلغ حق بیمه ماهانه : جزئیات

مبلغ حق بیمه ماهانه : | قیمت به ریال : ۱,۴۵۰,۰۰۰

شماره ملی : شماره ملی : شماره ملی : شماره حساب : شماره شبا :

شماره تماس ثابت : شماره تماس همراه برای مواقع ضروری :

انتخاب بانک : مرکز هزینه محل خدمت :

ملی : انتخاب نمایند

شماره دفترچه بیمه : واحد محل خدمت :

شماره دفترچه بیمه : ندارد

توضیحات : متقاضی بیمه عمر : سازمان بیمه گر :

توضیحات : متقاضی بیمه عمر : بلی :

همسر در این سازمان شاغل است؟ : خیر

جهت ثبت اطلاعات افراد تحت تکفل بعد از ورود اطلاعات آنها بایستی از لیست پایین گزینه انتخاب را علامت بزنید .

انتخاب	نام	نام خانوادگی	نام پدر	تاریخ تولد	جنسیت	شماره ملی	نسبت	سازمان بیمه گر	شماره دفترچه بیمه
<input checked="" type="checkbox"/>	امیرعلی	اتنی عشری شجره	احسان		مرد		پدر	ندارد	
<input checked="" type="checkbox"/>	الهام	طالبی موری آبادی	محمد		زن		همسر	ندارد	

نمایش ۱ تا ۲ از مجموع ۲ رکورد

پیوست فایل ها

در صورت نیاز میتوانید تصاویر و فایل‌های خود را آپلود کنید

جدید ویرایش حذف

عنوان

پیوست دریافت فایل

اطلاعاتی جهت نمایش یافت نشد

بازگشت ویرایش اطلاعات



برای ویرایش اطلاعات بعد از انتخاب گزینه ویرایش
وارد صفحه بالا شده و بعد از ویرایش اطلاعات
گزینه ویرایش اطلاعات را می زنیم

فرم درخواست عضویت بیمه تکمیلی درمان سال ۱۴۰۱-۱۴۰۲

مشخصات بیمه شده اصلی (پرسنل) و تحت تکفل

تاریخ شروع بیمه: ۱۳۹۷/۰۶/۲۵

تاریخ پایان بیمه: ۱۳۹۸/۰۶/۲۵

ردیف	نام و نام خانوادگی	نام پدر	کد ملی	شماره شناسنامه	تاریخ تولد	تسبب
۱	امیرعلی اثنی عشری شعیره	احسان			۱۳۹۴/۰۱/۲۹	پسر
۲	الهام طالبی موری آبادی	محمد			۱۳۶۲/۰۶/۱۲	همسر
۳	احسان اثنی عشری شعیره	غلامرضا			۱۳۵۹/۱۱/۰۹	اصلی

مبلغ کل حق بیمه سالیانه بیمه شدگان (اصلی و تحت تکفل) ۵۲,۲۰۰,۰۰۰ ریال

یک نسخه فرم عضویت بیمه تکمیلی را تا پایان قرارداد نزد خود نگه دارید
و همچنین یک نسخه را نیز به حوزه بیمه و سلامت امور منابع انسانی و پشتیبانی ارائه نمایید

انصراف از قرارداد

همکار محترم در صورت انتخاب قرارداد لیست افراد ثبت نام شده نمایش داده میشود.

شما میتوانید قبل از پایان مهلت ثبت نام نسبت به انصراف یا افزودن تحت تکفل جدید اقدام نمایید.

قرارداد : قرارداد بیمه تکمیلی بیمه سرمد ۱۳۹۹-۱۴۰۰

چاپ اطلاعات ثبت نام شدگان

نام	نام خانوادگی	کد ملی	نام پدر	تاریخ تولد	جنسیت	شماره شبا	نسبت	ارسال شده به شرکت بیمه	عملیات
احسان	اتنی عشری شعجره		غلامرضا	۱۳۵۹/۱۱/۰۹	مرد		اصلی	<input checked="" type="checkbox"/>	انصراف از قرارداد ویرایش
امیرعلی	اتنی عشری شعجره		احسان	۱۳۹۴/۰۱/۲۹	مرد		پدر	<input checked="" type="checkbox"/>	انصراف
الهام	طالبی موری آبادی		محمد	۱۳۶۷/۰۶/۱۳	زن		همسر	<input checked="" type="checkbox"/>	انصراف

نمایش ۱ تا ۳ از مجموع ۳ رکورد

بازگشت

هشدار

آیا برای انصراف مطمئن هستید؟

برای انصراف از قرارداد هنگام انتخاب گزینه قرارداد پیغامی مبنی بر اینکه آیا برای انصراف مطمئن هستید نمایش داده می شود .





شرکت مهندسی طرح پردازان آذرخش

اطلاعات قرارداد ها

همکار محترم در صورت انتخاب قرارداد لیست افراد ثبت نام شده نمایش داده میشود.

شما میتوانید قبل از پایان مهلت ثبت نام نسبت به انصراف یا افزودن تحت تکفل جدید اقدام نمایید.

قرارداد : قرارداد بیمه تکمیلی بیمه سرمد ۱۳۹۹-۱۴۰۰

شما در این قرارداد ثبت نام نکرده اید .

بازگشت

و بعد از انصراف از بیمه تکمیلی پیغامی مبنی بر اینکه شما در این قرارداد ثبت نام نکردید نمایش داده می شود.

