

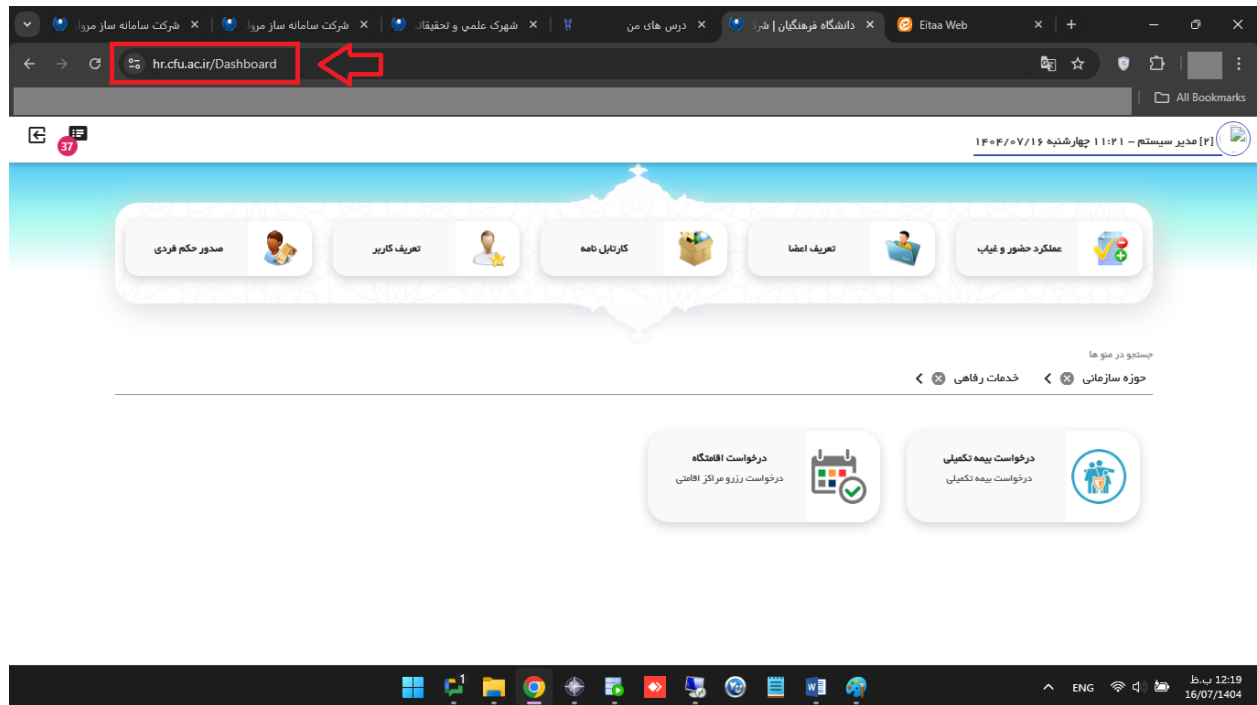


تاریخ:
شماره:
پیوست:

نحوه درخواست بیمه تکمیلی

در ابتدا آدرس سامانه را در مرورگر وارد کنید . (Chrome , Mozila , Edge)

<https://hr.cfu.ac.ir>



گزینه ورود به سامانه را انتخاب کنید . (مانند شکل زیر)





تاریخ:
شماره:
پیوست:

نام کاربری و رمز عبور خود را وارد بفرمایید .

چهارشنبه ۱۴۰۴/۰۷/۱۶ ورود به سامانه دانشگاه فرهنگیان

نام کاربری: *
رمز عبور: *
☐ مرا به خاطر بسپار
ورود
فراموشی رمز عبور
۳۷۰۲۳۵۰۲۵۰۱۳۰

چند نکته مهم

- لطفا به طور مرتب در فواصل زمانی گذر واژه خود را عوض نمایید.
- از انتخاب رمز عبور آسان و قابل حدس مثل سالروز تولد و شماره شناسنامه خودداری نمایید.
- لطفا ورود گذر واژه از عدم فیلمبرداری با گوشی موبایل توسط دیگران اطمینان حاصل نمایید.
- عواقب هر گونه سوء استفاده از کاربری شما به دلیل کوتاهی در حفظ و نگهداری آن متوجه سامانه نخواهد بود.

وارد آدرس حوزه سازمانی / خدمات رفاهی / درخواست بیمه تکمیلی شوید .

جستجو در منو ها

حوزه سازمانی
حضور و غیاب، فیش حقوق، کارتابل، خرید و تون و سایر لینکها

داشبورد مدیریتی
نگاه کلان مدیریتی به کاربران و سامانه ها

جستجو در منو ها

خدمات رفاهی

درخواست بیمه تکمیلی
درخواست بیمه تکمیلی

درخواست اقامتگاه
درخواست رزرو مراکز اقامتی

کارتابل خدمات رفاهی خارج از سازمان
کارتابل خدمات رفاهی خارج از سازمان



شرکت رایان پرداز مروارید

تاریخ:
شماره:
پیوست:

بیمه تکمیلی ۱۴۰۴ انتخاب کنید و بعد از آن گزینه درخواست بیمه تکمیلی را انتخاب کنید .

درخواست بیمه تکمیلی

بیمه تکمیلی ۴۰۴

بیمه تکمیلی ۱۴۰۴

درخواست بیمه تکمیلی

درخواست افزودن تعیمی

درخواست حذف تعیمی

درخواست لغو قرارداد

کد رهگیری	نوع درخواست	تاریخ درخواست	وضعیت درخواست	عنوان	تعداد نهی تحت تکفل	تعداد نهی غیر تحت تکفل	توضیحات
1705779	درخواست بیمه تکمیلی	1404/07/06	تایید نهایی	بیمه تکمیلی 1404	1	0	طرح پایه الف

بعد از تعریف بیمه تکمیلی ، در اینجا میتوانید مشاهده کنید .

فرم راهنما

۱۱	جبران هزینه هایک و لنز طبی فقط یا تجویز پزشک متخصص چشم برای هر نفر هر سال یکبار	۵۰/۰۰۰/۰۰۰	۲۰
۱۲	جبران هزینه هایک و لنز طبی فقط یا تجویز پزشک متخصص چشم برای هر نفر هر سال یکبار	۳۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۲۰
۱۳	جبران کلیه هزینه های دندانپزشکی (اندودان مصنوعی ، ارتودنسی ، ایمپلنت ، بیهوشیدندانپزشکی و ...). حداکثر دو برابر تعرفه و تولید پزشک معتمد	۳۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۲۰
۱۴	جبران هزینه آمبولانس درون شهری و بیرون شهری کیهون کسر قریشیزا برای هر نفر	۸۰/۰۰۰/۰۰۰	۲۰
۱۵	جبران هزینه آریوز نظیر : گفش طبی ، گفنی یا طبی (از مراکز فنی ارتوپدی) ، صفا ، واکر ، جوراب وایس ، ویلچر ، کمبند طبی ، زانو بند طبی ، معج پند ، گریست طبی ، انواع آتل ، شکس مایع و تخت بیمارستانی یا تجویز متخصص مربوطه و ارائه فاکتور مراکز قنیدارنوبیدی و داروخانه ها بدین نیاز به عمل جراحی و یا بعد از عمل جراحی برای هر نفر	۱۰۰/۰۰۰/۰۰۰	۲۰

با توجه به اهمیت و حساسیت موضوع شایسته است با پیگیری و نظارت مستقیم رئیس محترم دانشگاه استان ، اقدامات ذیل انجام و گزارش نهایی و اطلاعات مورد نظر در موعد تعیین شده به سازمان مرکزی ارسال گردد.

۱ - در ابتدا بایستی «فرم پیوست ۱» توسط همکاران متقاضی تکمیل و تحویل رابط رفاه گردد. رابط رفاه استان این فرمها را بعنوان مستندات نزد خود نگهداری کرده و بر اساس اطلاعات آن، فایلهای اکسل مربوطه را تکمیل نماید. فایلهای اکسل مذکور شامل دو فایل میباشد که در فایل اول اطلاعات بیمه شدگان قرارداد قبل وارد شود و رابط رفاه بر اساس درخواستهای متقاضیان در ستون مربوطه یکی از دو گزینه تمدید/حذف را بایستی انتخاب کند. زمان ارسال این فایل جهت بارگذاری اطلاعات در سامانه بیمه حداکثر تا روز یکشنبه ۰۶ / ۰۷ / ۱۴۰۴ میباشد.

در فایل دوم نیز، اطلاعات متقاضیان جدید را درج و حداکثر تا روز شنبه مورخ ۱۲ / ۰۷ / ۱۴۰۴ به اداره کل پشتیبانی و رفاه سازمان ارسال نمایند

۲ - تا پایان مهرماه مشخصات افراد ارسال شده در سامانه مربوطه بارگذاری و لیست نهایی جهت بررسیو رفع مغایرت احتمالی به استان ارسال خواهد شد. مبنای کسورات بیمه تکمیلی از ابتدایمهرماه سال ۱۴۰۴ طبق فایل تأیید شده، خواهد بود .

۲

ابتدا تعهدات بیمه را مطالعه فرمایید

سپس در پایین صفحه تیک تایید را بزنید

تا دکمه بعدی فعال شود

☐ متن فوق را مطالعه نموده ام
 Go to Settings to activate Windows.



تاریخ:
شماره:
پیوست:

بصورت پیش فرض اطلاعات کارمند از سامانه احکام کارگزینی در این صفحه پر شده است در صورتیکه داده ها غلط می باشد ، موارد را اصلاح نمایید

نکته : ممکن است سازمان دو طرح مختلف با مبلغ و میزان تعهدات مختلف داشته باشد . حتما نوع طرح ثبت نامی را مشخص فرمایید

اطلاعات فرد بیمه شده اصلی

نام بانک : صادرات

شماره شبا : 170190000000339817331000

کد ملی : 1290404011

نام پدر : ابراهیم

تاریخ تولد : 1355/08/01

نوع طرح انتخابی : لطفا انتخاب کنید

موبایل :

شماره حساب : 0339817331000

جنسیت : مرد

شماره شناسنامه :

وضعیت تاهل : مجرد

نوع طرح را انتخاب نمایید ۱

لطفا انتخاب کنید

طرح الف با مبلغ پایه هر نفر 19700000

ثبت ۲

در صفحه بعد اطلاعات مربوط به تبعی های فرد (اعم از تحت تکفل و غیر تکفل را وارد نمایید)

لازم به ذکر است در صورتیکه قبلا اطلاعات همسر، فرزندان و ... در سامانه کارگزینی وجود داشته باشد ، در این بخش نمایش داده می شود .

در صورت نیاز می توانید پدر ، مادر و ... را در این بخش اضافه نماید . درصد سهم کارمند و کارفرما برای فرد و تبعی ها مطابق با توافقات کارفرما دریافت خواهد شد . بعنوان مثال ممکن است سازمانی هزینه بیمه تکمیلی فرد را کامل پرداخت نماید ولی برای پدر و مادر فرد ۵۰٪ هزینه را تقبل نماید .

اطلاعات تبعی ها و افراد بیمه شده

افراد تحت پوشش خود را به لیست زیر اضافه نمایید

کد ملی	نام	نام خانوادگی	نسبت	وضعیت تکفل	جنسیت	وضعیت تاهل	شماره بیمه	نوع بیمه	ویرایش	حذف
1290404011	مجید	باری	اصلی	تحت تکفل	مرد	مجرد				

بعد از تکمیل کردن فرم ، گزینه بعدی را انتخاب کنید .

با دکمه + می توانید رکورد اضافه کنید .



تاریخ:
شماره:
پیوست:

اطلاعات تبعی ها و افراد بیمه شده

نام :	مجدد	کد ملی :	1290404011
جنسیت :	مرد	نام خانوادگی :	یاری
شماره شناسنامه :		نام پدر :	ابراهیم
وضعیت تاهل :	مجرد	تاریخ تولد :	1355/08/01
نوع بیمه پایه :		موبایل :	
نسبت با بیمه شده اصلی :	اصلی	شماره بیمه پایه :	
		وضعیت تکفل :	تحت تکفل

ثبت

ممکن است بارگزاری برخی از مستندات مانند تصویر کارت ملی ، شناسنامه و قیم نامه برای فرزندان تحت تکفل کارمندان خانم و ... اجباری باشد در این صورت حتما مدارک مورد نظر بارگذاری گردد . (در شکل مشخص شده است)

اطلاعات تبعی ها و افراد بیمه شده

نام	نام خانوادگی	نسبت	وضعیت تکفل	جنسیت	وضعیت تاهل	شماره بیمه	نوع بیمه	ویرایش	حذف
مجدد	یاری	اصلی	تحت تکفل	مرد	مجرد				

در صورت اجباری بودن مستندات حتما برای هر تبعی مستندات بارگزاری شود

پیش نمایش

درخواست استفاده از خدمات بیمه تکمیلی سال ۱۴۰۴

بیمه کننده اصلی
نام و نام خانوادگی :
کد ملی :
نام پدر : رضا
شماره شناسنامه :
تاریخ تولد : ۱۳۶۷/۱۲/۰۳
مهایل :
تاریخ درخواست : ۱۴۰۴/۰۷/۱۲
وضعیت درخواست : تأیید نهائی

کارشناس امور رفاهی
۱۴۰۴/۰۷/۰۶
صدی خدمات رفاهی کارکنان و هیات (علی)

درخواست دهنده
۱۴۰۴/۰۷/۰۶
مدیر (علی)



شرکت رایان پرداز مروارید

..... تاریخ:
..... شماره:
..... پیوست:

در این جا میتوانید خلاصه ای از اطلاعات که وارد کردید را مشاهده کنید .

گزینه بعدی را انتخاب کنید .

در صفحه بعد در قسمت توضیحات ، میتوانید متن دلخواه را تایپ کنید .

مدیر سیستم - ۱۳:۵۸ چهارشنبه ۱۴۰۴/۰۷/۱۶ درخواست بیمه تکمیلی X نمایش گردش X

اطلاعات فرد بیمه شده اصلی

تاریخ درخواست : 1404/07/14

توضیحات :

حتما در پایان دکمه ارسال درخواست را بزنید

ارسال درخواست

اگر تمام اطلاعات را وارد کرده باشید پیغام با موفقیت ثبت شد را نمایش میدهد .

پیگیری وضعیت درخواست :

می توانید وضعیت درخواست را در این بخش پیگیری نمایید .

مدیر سیستم - ۱۳:۵۸ چهارشنبه ۱۴۰۴/۰۷/۱۶ درخواست بیمه تکمیلی X

درخواست بیمه تکمیلی

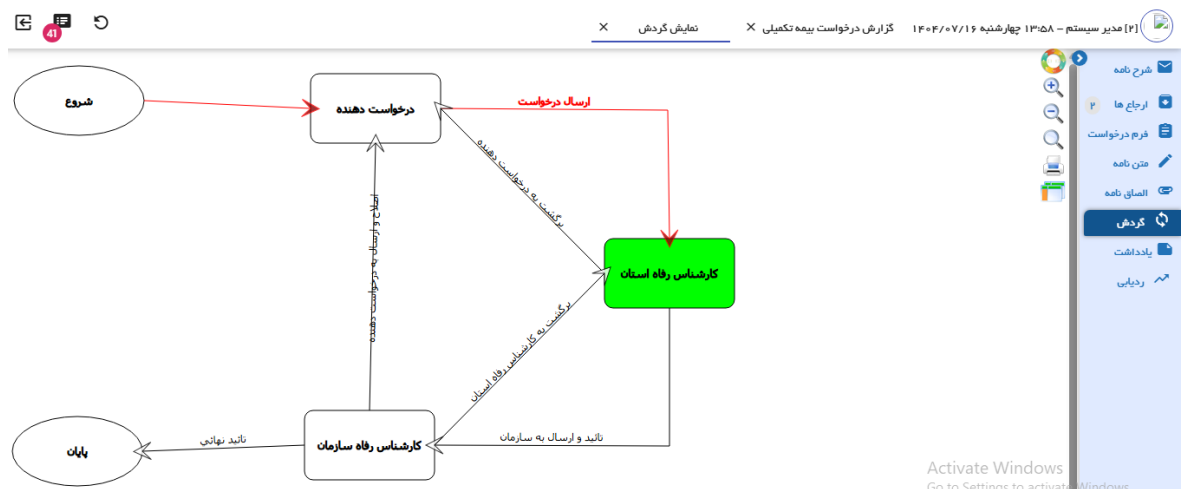
بیمه تکمیلی ۱۴۰۴

پیگیری وضعیت درخواست

کد رهگیری	نوع درخواست	تاریخ درخواست	وضعیت درخواست	عنوان	تعداد تبیی تحت تکفل	تعداد تبیی غیر تحت تکفل	توضیحات
675564	درخواست بیمه تکمیلی	1404/07/14	شروع گردش	بیمه تکمیلی 1404	1	0	



تاریخ:
شماره:
پیوست:



در صورتیکه مشکلی در اطلاعات ارسالی وجود داشته باشد کارشناس مسئول بیمه تکمیلی درخواست را به شما عودت خواهد داد
در این حالت دکمه های مربوط به ویرایش و ثبت اطلاعات برای شما فعال خواهد شد