



سامانه جامع مدیریت امور رفاهی (بهشتی پلاس)

کلیه همکاران محترم رسمی، قراردادی، طرحی، پیمانی،  
شرکتی، بازنشسته، وزارت بهداشت و... جهت احراز  
هویت و دریافت نام کاربری و رمز عبور **اینجا کلیک کنید**

☺

♣

🔄 Captcha



ورود به سامانه

بازیابی کلمه عبور

آدرس ورود به سامانه جامع مدیریت امور رفاهی  
دانشگاه

refah.sbm.u.ac.ir

همکارانی که برای اولین بار وارد سامانه می  
شوند لطفا جهت احراز هویت و دریافت نام  
کاربری و رمز عبور بر روی کادر زرد رنگ  
کلیک کنید

در صورت فراموشی رمز عبور بر روی آیکن  
بازیابی کلمه عبور کلیک کنید

لازم به ذکر است همکارانی که قبلا احراز هویت  
کرده اند با نام کاربری و رمز دریافتی خود وارد  
سامانه شوند

همکاران محترم لطفا در صورت داشتن هر گونه  
مشکل ورود به سامانه، ثبت نام و... با رابط  
رفاهی مرکز خود تماس حاصل نمایید

بر روی این آیکون کلیک کنید



میزکار من

خانه / میزکار من

خدمات دندان پزشکی (به زودی)

اطلاعات بیشتر

تسهیلات اقتصادی (به زودی)

اطلاعات بیشتر

بیمه تکمیلی درمان - عمر و حادثه اختیاری

اطلاعات بیشتر

اماکن اقامتی

اطلاعات بیشتر

کارآفرینان بهشتی (به زودی)

اطلاعات بیشتر

مسابقات بهشتی (به زودی)

اطلاعات بیشتر

بازنشستگی (به زودی)

اطلاعات بیشتر

تفاهم نامه های رفاهی

اطلاعات بیشتر

باشگاه هواداران بهشتی (به زودی)

اطلاعات بیشتر

خانواده های بهشتی (به زودی)

اطلاعات بیشتر

جهت دریافت اطلاعات تکمیلی بر روی آیکون مورد نظر کلیک کنید



## ثبت نام بیمه تکمیلی

شما در حال ثبت نام و انتخاب یکی از طرح های بیمه تکمیلی فعال دانشگاه میباشید

۱. اطلاعات طرح بیمه

۲. افراد تحت تکفل

۳. تعهد نامه

۴. تایید و صدور معرفی نامه

انتخاب طرح بیمه

طرح بیمه

بیمه عمر

متقاضی بیمه عمر

بازه مجاز ثبت نام یا ویرایش بیمه تکمیلی

۱۴۰۲/۳/۲۸ الی ۱۴۰۲/۵/۲۵

طرح بیمه خود را انتخاب کنید

عبارت مورد نظر خود را انتخاب کنید

مرحله بعدی

مرحله قبلی

پس از تکمیل اطلاعات بر روی آیکون مرحله بعد کلیک کنید

## ثبت نام بیمه تکمیلی

شما در حال ثبت نام و انتخاب یکی از طرح های بیمه تکمیلی فعال دانشگاه میباشید

۱. اطلاعات طرح بیمه

۲. افراد تحت تکفل

۳. تعهد نامه

۴. تایید و صدور معرفی نامه

افزودن فرد تحت تکفل جدید 

در صورت داشتن افراد تحت تکفل بر روی این آیکن کلیک کنید در غیر این صورت فقط بر روی آیکن مرحله بعد کلیک کنید

انتخاب افراد تحت تکفل

انتخاب افراد تحت تکفل

لیست افرادی از مجموعه افراد تحت تکفل شما که متقاضی پوشش بیمه تکمیلی برای آنها میباشید :

نام	نام خانوادگی	کد ملی	نسبت با بیمه شده اصلی	وضعیت تاهل	تاریخ تولد

مرحله بعدی

مرحله قبلی

### ثبت فرد تحت تکفل جدید

نام خانوادگی	نام خانوادگی	نام	نام
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
جنسیت	جنسیت	نسبت با بیمه شده اصلی	نسبت با بیمه شده اصلی
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
تاریخ تولد	تاریخ تولد بیمار	وضعیت تاهل	وضعیت تاهل
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
کد ملی	کد ملی	شماره شناسنامه	شماره شناسنامه
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
شماره بیمه پایه	شماره بیمه پایه	نوع بیمه پایه	نوع بیمه پایه
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		نام پدر	نام پدر
		<input type="text"/>	<input type="text"/>

ذخیره فرد تحت تکفل جدید

در صورت داشتن افراد تحت تکفل تمامی اطلاعات فیلدهای درخواستی تکمیل و ذخیره گردد

مرحله بعدی

مرحله قبلی

## ثبت نام بیمه تکمیلی

شما در حال ثبت نام و انتخاب یکی از طرح های بیمه تکمیلی فعال دانشگاه میباشید

۱. اطلاعات طرح بیمه

۲. افراد تحت تکفل

۳. تعهد نامه

۴. تایید و صدور معرفی نامه

اینجانب  فرزند  به کد ملی  شاغل در واحد  ضمن تایید اطلاعات فوق متقاضی استفاده از بیمه تکمیلی درمان کارکنان دانشگاه از تاریخ  لغایت  می باشم و ضمن اطلاع از مفاد قرارداد (حق بیمه، پوشش ها و نحوه دریافت هزینه های درمان) فی ما بین معاونت محترم توسعه مدیریت و منابع دانشگاه با شرکت سهامی بیمه  اجازه میدهم امور مالی واحد محل دریافت حقوق، ماهیانه مبلغ  ریال از حساب اینجانب کسر و به حساب شرکت بیمه واریز نماید.

در صورت تایید اطلاعات فیلد روبه رو را تکمیل (رنگ سبز به معنی تایید است) و بر روی آیکون مرحله بعد کلیک کنید

مورد تایید بنده میباشد



مرحله بعدی

مرحله قبلی



## معرفی نامه بیمه تکمیلی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

## اطلاعات بیمه شده اصلی

نام خانوادگی:	نام:
شماره شناسنامه:	شماره ملی:
نوع استخدام: رسمی	نام پدر:
جنسیت: زن	تاریخ تولد:
شماره شبا:	شماره همراه:
شماره بیمه پایه:	نوع بیمه پایه:
وضعیت بیمه عمر: خیر	محل خدمت: ستاد
تاریخ آخرین ویرایش: ۱۴۰۲/۴/۲۵ ۰۷:۴۷:۲۹	نوع طرح بیمه انتخابی: <b>لقره ای</b>

## افراد تحت تکفل بیمه شده اصلی

نام	نام خانوادگی	کد ملی	نسبت با بیمه شده اصلی	وضعیت تاهل	تاریخ تولد
-----	--------------	--------	-----------------------	------------	------------

تایید و ثبت اولیه و دریافت معرفی نامه موقت

بازگشت

جهت تایید بر روی آیکون روبرو کلیک کنید