سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران

طرح جامع پوشش بیمه درمان تکمیلی

خادمان سلامت

شرکت های دارویی و تجهیزات پزشکی
آزمایشگاه های تشخیص طبی
درمانگاه‌ها و کلینیک‌ها
داروخانه ها

ثبت نام
از طریق سایت:
https://darman.as-bimehiran.com/

- امکان ثبت نام بیمه تکمیلی گروهی کمتر از ۵۰ نفر
- نرخ استثنایی و تخفیف ویژه طرح برای اولین بار
- امکان تقسیط در پرداخت

صندوق تعاون و رفاه
سازمان نظام پزشکی

با همکاری:
انجمن صنفی شرکتهای
خدمات بیمه ای بیمه ایران

darman.as-bimehiran.com

سامانه خادمان سلامت بیمه ایران

darman.as-bimehiran.com/login

لینک سایت

"همیشه آماده پشتیبانی از سلامتی شما"

نام کاربری : کد ملی

کد ملی مدیرعامل هنگام ثبت نام

پسورد: کد ملی

تکرار کد ملی

برای ورود ابتدا حساب کاربری بسازید سپس با کد ملی مدیرعامل لاگین کنید

ورود به حساب

ابتدا در سامانه ثبت نام کنید

ساخت حساب کاربری در سامانه خادمان سلامت بیمه ایران

راهنمای ثبت نام

فایل راهنما

صفحه ثبت نام در سامانه

فرم ثبت نام نماینده بیمه یا شرکت متقاضی بیمه تکمیلی
لطفا اطلاعات با دقت تکمیل کنید

نام

نام خانوادگی

کد ملی مدیر عامل

نام شرکت یا نمایندگی

نوع شرکت

انتخاب کنید:

حوزه فعالیت انتخاب کنید

انتخاب کنید:

تلفن همراه 09000000000

کد نماینده بیمه ایران

نام معرف این قسمت مختص متقاضی بیمه تکمیلی است

ثبت نام در سامانه

قبلا ثبت نام کردم! ورود

داشبورد
فرم پرسشنامه سلامت
دسترسی نماینده بیمه ایران
آپلود مدارک عضویت در سامانه
اطلاعیه ها و طرح ها
دسترسی شما برای ثبت باز نشده است
پشتیبانی
خروج

داشبورد

ابتدا مراحل عضویت در سامانه بررسی نمایید در صورت واریز حق عضویت منتظر تایید از طرف ادمین باشید

مرحله 1 . عضویت در سامانه
لطفا هزینه 250.000 تومان به شماره حساب انجمن صنفی واریز گردد
اطلاعات حساب انجمن

مرحله2.
ثبت فیش واریزی و مدارک حق عضویت
ثبت فیش واریزی و مدارک حق عضویت

مرحله 3
ثبت مشتریان انتخاب طرح
ثبت نام مشتریان

پشتیبانی
پشتیبانی
ارسال درخواست پشتیبانی

طرح بیمه تکمیلی خادمان سلامت بیمه ایران

طرح ها (کلیه ارقام به ریال می باشد)

توضیحات	طرح 1	طرح 2	طرح 3
هزینه های بستری طبی و جراحی ، رادیوتراپی ، هر نوع آنژیوگرافی (بجز چشم) ، انواع سنگ شکن در بیمارستان ، مراکز جراحی محدود و Day Care هزینه همراه افراد کمتر از 10 سال و	1.500.000.000	750.000.000	500.000.000

ثبت مدارک نماینده

در این قسمت می توانید فیش واریز حق عضویت و قرارداد با انجمن آپلود نمایید
پس از آپلود مدارک منتظر باشید تا عضویت شما تایید و دسترسی برای ثبت مشتریان برای شما باز شود

نام فایل	توضیحات	فایل	نمایش تایید/عدم تایید

نام فایل

نام فایلی که میخواهید آپلود کنید

توضیح مختصر...

توضیح مختصر...

فایل فیش واریزی یا قرارداد

No file chosen Choose File

ثبت در سیستم

پس از ثبت اطلاعات منتظر تایید از طرف انجمن باشید حداکثر 24 ساعت تایید فایل زمان میبرد

داشبورد
فرم پرسشنامه سلامت
دسترسی نماینده بیمه ایران
آپلود مدارک عضویت در سامانه
اطلاعیه ها و طرح ها
دسترسی شما برای ثبت باز نشده است
پشتیبانی
خروج

ثبت مدارک نماینده

مدارک ثبت شد |پس از ثبت اطلاعات منتظر تایید از طرف انجمن باشید حداکثر 24 ساعت تایید فایل زمان میبرد

نام فایل	توضیحات	فایل	نمایش تایید/عدم تایید
فیش واریزی حق عضویت	توضیحات		

نام فایل

نام فایلی که میخواهید آپلود کنید

داشبورد
فرم پرسشنامه سلامت
دسترسی نماینده بیمه ایران
آپلود مدارک عضویت در سامانه
اطلاعیه ها و طرح ها
دسترسی شما برای ثبت باز نشده است
پشتیبانی
خروج

کاربر.نماینده بیمه ایران
جستجو
داشبورد
فرم پرسشنامه سلامت
دسترسی نماینده بیمه ایران
آپلود مدارک عضویت در سامانه
اطلاعیه ها و طرح ها
ثبت نام مشتریان
پرداختها
گزارشات
پشتیبانی
خروج
عضویت شما در سامانه تایید شده است
هنگام تایید ثبت نام در سامانه این پیام خواهید دید
داشبورد
مرحله 1 . عضویت در سامانه
لطفا هزینه 250.000 تومان به شماره حساب انجمن صنفی واریز گردد
اطلاعات حساب انجمن
مرحله2.
ثبت فیش واریزی و مدارک حق عضویت
ثبت فیش واریزی و مدارک حق عضویت
مرحله 3
ثبت مشتریان انتخاب طرح
ثبت نام مشتریان
پشتیبانی
پشتیبانی
ارسال درخواست پشتیبانی
طرح بیمه تکمیلی خادمان سلامت بیمه ایران
طرح ها (کلیه ارقام به ریال می باشد)
توضیحات
طرح 1
طرح 2
طرح 3
هزینه های بستری طبی و جراحی ، رادیوتراپی ، هر نوع آنژیوگرافی (بجز چشم) ، انواع سنگ شکن در بیمارستان ، مراکز جراحی محدود و Day Care هزینه همراه افراد کمتر از 10 سال و
1.500.000.000
750.000.000
500.000.000

کاربر.نماینده بیمه ایران
جستجو
داشبورد
فرم پرسشنامه سلامت
دسترسی نماینده بیمه ایران
آپلود مدارک عضویت در سامانه
اطلاعیه ها و طرح ها
ثبت نام مشتریان
پرداختها
گزارشات
پشتیبانی
ثبت مدارک نماینده
نام فایل
توضیحات
فایل
نمایش تایید/عدم تایید
فیش واریزی حق عضویت
توضیحات
هنگام تایید ثبت نام قفل باز می شود
نام فایل
نام فایلی که میخواهید آپلود کنید
توضیح مختصر...

کاربر.نماینده بیمه ایران
جستجو
داشبورد
فرم پرسشنامه سلامت
دسترسی نماینده بیمه ایران
آپلود مدارک عضویت در سامانه
اطلاعیه ها و طرح ها
دسترسی شما باز است
ثبت نام مشتریان
ثبت مشتریان
انتخاب طرح و دریافت فاکتور
پرداختها
گزارشات
عضویت شما در سامانه تایید شده است
داشبورد
مرحله 1 . عضویت در سامانه
لطفا هزینه 250.000 تومان به شماره حساب انجمن صنفی واریز گردد
اطلاعات حساب انجمن
مرحله2.
ثبت فیش واریزی و مدارک حق عضویت
ثبت فیش واریزی و مدارک حق عضویت
مرحله 3
ثبت مشتریان انتخاب طرح
ثبت نام مشتریان
پشتیبانی
پشتیبانی
ارسال درخواست پشتیبانی
طرح بیمه تکمیلی خادمان سلامت بیمه ایران
طرح ها (کلیه ارقام به ریال می باشد)
۱- مشتریان ثبت نمایید
اعضا اصلی و تحت تکفل ثبت کنید
دریافت پرسشنامه سلامت و آپلود آن در سامانه برای تک تک اعضا الزامی است
پس از ثبت پرسشنامه سلامت منتظر تایید پزشک بیمه ایران باشید
توضیحات
طرح 1
طرح 2
طرح 3
هزینه های بستری طبی و جراحی ، رادیوتراپی ، هر نوع انژیوگرافی (بجز چشم) ، انواع سنگ شکن در بیمارستان ، مراکز جراحی محدود و Day Care هزینه همراه افراد کمتر از 10 سال و
1.500.000.000
750.000.000
500.000.000

ثبت متقاضیان بیمه تکمیلی

شرکت متقاضی بیمه تکمیلی ثبت اولیه شد برای ادامه لطفا لیست اعضا اصلی به شرکت اضافه کنید

مرحله 1. ثبت شرکت

نام شرکت متقاضی بیمه تکمیلی	حوزه فعالیت	آخرین لیست تامین اجتماعی شرکت الزامی است	ثبت نام اعضا اصلی
مشتری 1	داروخانه	لیست تامین اجتماعی مشتری	+اعضاء اصلی

نام شرکت

نام شرکت یا داروخانه و... در این قسمت بنویسید

حوزه فعالیت

حوزه فعالیت

ثبت نام اعضا اصلی و تحت تکفل

داشبورد
فرم پرسشنامه سلامت
دسترسی نماینده بیمه ایران
آپلود مدارک عضویت در
مانه
اطلاعیه ها و طرح ها
سی شما باز است
ثبت نام مشتریان
پرداختها
گزارشات
پشتیبانی
خروج

فرم پرسشنامه سلامت

	مشخصات فردی :			
	کد ملی : نام و نام خانوادگی: نسبت با بیمه شده اصلی: سن :			
	سایر مشخصات :			
	قد بیمه شونده به سانتی متر : وزن بیمه شده به کیلوگرم :			
	آیا در حال حاضر در سلامت کامل هستید ؟			
	مشخصات فردی :			
	قد بیمه شونده به سانتی متر: وزن بیمه شده به کیلوگرم :			
	آیا به بیماری های ذیل مبتلا هستید ؟	پاسخ با بلی یا خیر	توضیحات	
۲	بیماری های دستگاه تنفسی:سرفه مزمن، تنگی نفس، آسم، برونشیت ،خلط چرکی یا خونی و غیره			
۳	بیماری های قلب و عروق: فشار خون، درد قفسه سینه، سکته قلبی ، واریس و غیره			
۴	بیماری های خونی: کم خونی، بیماریهای انعقادی، غدد لنفاوی بزرگ شده، سابقه تزریق خون، خونریزیهای بدون علت و غیره			
۵	بیماری های گوارشی: کبد، لوزالمعده، خونریزی گوارشی ، زردی ، دردهای مزمن شکمی، تهوع و استفراغ مکرر و غیره			
۶	بیماری های اعصاب و روان:اضطراب ، افسردگی ، اقدام به خودکشی ، دوقطبی ، اسکیزوفرنی و غیره			
۷	بیماری های سیستم عصبی: تشنج ، سکته مغزی، مشکلات حسی حرکتی، فراموشی، ضربات شدید به سر و غیره			
۸	بیماری های کلیه و مجاری ادرار: مشکلات پروستات، مشکلات ادراری، سنگ کلیه، خون در ادرار، کیست کلیه و غیره			
۹	بیماری های گوش و حلق و بینی و چشمی : کاهش شنوایی، خونریزی بینی، کاهش بینایی، دوبینی، سرگیجه و غیره			
۱۰	بیماریهای پوستی : خال های درحال رشد یا تغییر رنگ یافته، کبودی های خودبخود یا خونریزی های زیرپوستی و غیره			
۱۱	بیماری های استخوانی، عضلات و مفاصل : از قبیل آرتروز، دیسکهای کمر یا گردن، دردهای عضلانی یا استخوانی، خشکی یا درد مفاصل و غیره			
۱۲	بیماری های غدد: نظیر تیروئید، دیابت، چربی خون بالا، توده های پستانی یا زیربغل، کاهش یا افزایش اشتها و غیره			
۱۳	سابقه بیماری های عفونی: ایدز، سل، هپاتیت، تب مالت، مالاریا ، حصبه ، کیست هیداتیک وغیره			
۱۴	آیا تا به حال دچار نقص عضو شده اید؟ از چه ناحیه ای و چند درصد؟			
۱۵	آیا تا به حال دچار از کارافتادگی شده اید؟ از چه ناحیه ای و چند درصد ؟			
۱۶	آیا از سیگار، مشروبات الکلی، مواد مخدر استفاده کرده یا می کنید یا آن را ترک کرده اید؟ درصورت ترک ، مدت زمان ترک و میزان مصرف خود را اعلام نمایید.			
۱۷	آیا از دارویی برای طولانی مدت استفاده کرده یا می کنید؟ (ذکر نمایید)			
۱۸	آیا همسر یا فرزندان شما تاکنون به بیماری های مسری (هپاتیت ، ایدز، آنفولانزا، عفونت های گوارشی، سل، مالاریا، حصبه و غیره) مبتلا شده اند ؟			
۱۹	آیا شما در شش ماهه گذشته کاهش یا افزایش وزن داشته اید؟ (میزان کاهش/ افزایش وزن و علت آن را توضیح دهید)			
۲۰	آیا سابقه بیماری های زنانه یا بیماری های مربوط به دوران حاملگی داشته اید؟			
۲۱	آیا در حال حاضر باردار می باشید؟			
۲۲	آیا در حال حاضر به کرونا مبتلا هستید ؟ اگر قبلاً به بیماری کرونا مبتلا شده و بهبود یافته اید زمان بهبود را اعلام فرمایید.			
۲۳	آیا به بیماری یا عارضه دیگری مبتلا شده اید که در فوق ذکر نشده باشد؟ لطفا نام ببرید.			
۲۴	آیا سابقه جراحی یا بستری در بیمارستان به هردلیل را داشته اید ؟ درصورت مثبت بودن نوع بستری یا جراحی انجام شده و عوارض آن را توضیح دهید؟			
۲۵	درصورت مثبت بودن هریک از بندهای فوق با ذکر شروع زمان بیماری، داروی مصرفی، مدت مصرف، درمان انجام شده ، وضعیت فعلی خود را توضیح دهید :			
	اینجانبان (متقاضی و بیمه شونده) ، امضا کنندگان زیر اعلام می داریم که به کلیه پرسش های مشروحه در این پیشنهاد شخصا با صداقت و به نحو کامل پاسخ داده و شرایط عمومی بیمه نامه و شرایط پوشش های تکمیلی آن را به عنوان شرط ضمن عقد مطالعه نموده و اعلام می نماییم که پاسخ های داده شده کاملاً درست و عین واقعیت بوده و مطلع هستیم هرگونه اظهار خلاف واقع و خودداری از واقع گویی به عمد ،به موجب ماده ۱۲ قانون بیمه باعث باطل شدن بیمه نامه و از دست دادن مزایای آن خواهد شد. در ضمن بیمه گر یا پزشکان معتمد بیمه گر اجازه دارند هرگونه اطلاعاتی را که راجع به وضع مزاجی و سلامت بیمه شونده نیاز باشد کسب نمایند. همچنین اعلام می نماییم درصورتی که بیمه شده پیش از شروع این بیمه نامه به بیماری مبتلا بوده که در طول مدت بیمه نامه منجر به انجام عمل جراحی مشروط به بستری در بیمارستان برای وی گردد ، بیمه گر هیچگونه تعهدی نسبت به جبران خسارت واقع شده برای بیمه شده نخواهد داشت.		
	جمع بندی نظر پزشک معتمد : (لطفا به اختصار نظر خود را در خصوص پذیرش یا پذیرش مشروط یا اعمال دوره انتظار یا عدم پذیرش متقاضی بیان کنید)			

darman.as-bimehiran.com

سامانه خادمان سلامت بیمه ایران