

|   |   |  |   |                   |  |
|---|---|--|---|-------------------|--|
| ۱- عنوان خدمت: خدمات بیمه ای              |   | ۲- شناسه خدمت:   |   |                   |  |
| ۳- ارائه دهنده خدمت                       | نام دستگاه اجرایی: دانشگاه علوم پزشکی همدان                                 |  |   |                   |  |
|   | نام دستگاه مادر: وزارت بهداشت، درمان و آموزش کشور                           |  |   |                   |  |
| ۴- مشخصات خدمت                            | شرح خدمت: خدمات بیمه ای با تخفیف و اقساط                                    |  |   |                   |  |
|   | نوع خدمت:   | <input type="checkbox"/> خدمت به شهروندان (G2C)<br><input type="checkbox"/> خدمت به کسب و کار (G2B)<br><input type="checkbox"/> خدمت به دیگر دستگاه های دولتی (G2G)<br><input checked="" type="checkbox"/> خدمت به کارکنان (G2E)   |   |                   |  |
|   | ماهیت خدمت:   | <input type="checkbox"/> حاکمیتی   |   |                   |  |
|   | سطح خدمت:   | <input type="checkbox"/> ملی<br><input type="checkbox"/> منطقه ای<br><input checked="" type="checkbox"/> استانی<br><input type="checkbox"/> شهری<br><input type="checkbox"/> سازمانی   | <input checked="" type="checkbox"/> تصدی گری  |                   |  |
|   | رویداد مرتبط با:  | رفاهی  |   |                   |  |
|   | نحوه آغاز خدمت:   | <input checked="" type="checkbox"/> تقاضا خدمت گیرنده<br><input type="checkbox"/> سایر   | <input type="checkbox"/> فرا رسیدن زمانی مشخص<br><input type="checkbox"/> رخداد رویدادی مشخص<br><input type="checkbox"/> تشخیص دستگاه |                   |  |
|   | مدارک لازم برای انجام خدمت:   | معرفی نامه   |   |                   |  |
|   | قوانین و مقررات:  | قوانین بیمه  |   |                   |  |
|   | ۵- جزئیات خدمت  | آمار خدمت گیرندگان:  |   |                   |  |
|   |   | متوسط زمان ارائه خدمت:   |   |                   |  |
| تواتر:                                    |   | <input type="checkbox"/> یکبار برای همیشه<br><input type="checkbox"/> با توجه به نیاز و برنامه متفاوت است  |   |                   |  |
| تعداد بار مراجعه حضوری                    |   |  |   |                   |  |
| هزینه ارائه خدمات (ریال) به خدمت گیرندگان |   | مبلغ   | شماره حساب  | پرداخت الکترونیکی |  |
| ۶- نحوه دسترسی به خدمت                    | آدرس دقیق و مستقیم خدمت در وبگاه در صورت وجود:                              |  |   |                   |  |
|   | <a href="https://www.umsha.ac.ir/refahi">https://www.umsha.ac.ir/refahi</a> |  |   |                   |  |
|   | نام سامانه مربوط به خدمت در صورت وجود:                                      |  |   |                   |  |
|   | مراحل خدمت:   | رسانه ارتباطی خدمت:  |   |                   |  |
| در مرحله اطلاع رسانی خدمت                 | <input checked="" type="checkbox"/> الکترونیکی                              | <input checked="" type="checkbox"/> اینترنتی<br><input type="checkbox"/> پست الکترونیک<br><input type="checkbox"/> تلفن گویا یا مرکز تماس<br><input type="checkbox"/> پیشخوان<br><input type="checkbox"/> تلفن همراه<br><input type="checkbox"/> ارسال پستی<br><input type="checkbox"/> پیام کوتاه |   |                   |  |

|  |  |   |  |   |   |   |
|--|--|---|--|---|---|---|
| مراجعه به دستگاه:<br><input type="checkbox"/> ملی<br><input type="checkbox"/> استانی<br><input type="checkbox"/> شهرستانی            |  | <input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت فرد<br><input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت مدرک<br><input type="checkbox"/> نبود زیرساخت ارتباطی<br><input type="checkbox"/> سایر:  |  | ذکر ضرورت<br>مراجعه حضوری               | <input type="checkbox"/> غیر<br>الکترونیکی                        |   |
| <input type="checkbox"/> تلفن همراه (برنامه کاربردی)<br><input type="checkbox"/> ارسال پستی<br><input type="checkbox"/> پیام کوتاه   |  | <input type="checkbox"/> اینترنتی (مانند وبگاه)<br><input type="checkbox"/> پست الکترونیک<br><input type="checkbox"/> تلفن گویا یا مرکز تماس<br><input type="checkbox"/> پیشخوان<br>شماره قرارداد واگذاری خدمات به دفاتر پیشخوان:<br><input type="checkbox"/> عنوانین مشابه دفاتر پیشخوان<br><input type="checkbox"/> سایر: |  | <input type="checkbox"/> الکترونیکی     | در مرحله درخواست خدمت   |   |
| مراجعه به دستگاه:<br><input type="checkbox"/> ملی<br><input type="checkbox"/> استانی<br><input checked="" type="checkbox"/> شهرستانی |  | <input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت فرد<br><input checked="" type="checkbox"/> جهت احراز اصالت مدرک<br><input type="checkbox"/> نبود زیرساخت ارتباطی<br><input type="checkbox"/> سایر:   |  | ذکر ضرورت<br>مراجعه حضوری               | <input checked="" type="checkbox"/> غیر<br>الکترونیکی             |   |
|  |  | <input type="checkbox"/> اینترنت (مانند درگاه دستگاه)<br><input type="checkbox"/> پست الکترونیک<br><input type="checkbox"/> سایر:   |  | <input type="checkbox"/> الکترونیکی     | مرحله تولید خدمت (فرآیند داخل دستگاه یا ارتباط با دیگر دستگاه ها) |   |
|  |  | ارائه مدارک   |  | ذکر ضرورت<br>مراجعه حضوری               | <input checked="" type="checkbox"/> غیر<br>الکترونیکی             |   |
| استعلام غیر الکترونیکی   |  | استعلام الکترونیکی  |  | نام سامانه های دیگر                     |   | ۷- ارتباط خدمت با سایر سامانه ها (بانکها، اطلاعاتی) در دستگاه |
|  |  | برخط (online)   |  | فیلدهای مورد تبادل                      |   |   |
|  |  | دسته ای (Batch)   |  |   |   |   |
|  |  |   |  |   |   |   |
| استعلام غیر الکترونیکی توسط:   |  | استعلام الکترونیکی  |  | نام سامانه های دیگر                     |   | ۸- ارتباط با سایر دستگاه ها                                   |
|  |  | برخط (Online)   |  | فیلدهای مورد تبادل                      |   |   |
|  |  | دسته ای (Batch)   |  | مبلغ                                    |   |   |
|  |  |   |  |   |   |   |
|  |  |   |  | ۱- دریافت معرفی نامه از واحد محل خدمت   |   | ۹- عنوان فرآیند خدمت  |
|  |  |   |  | ۲- مراجعه حضوری و ثبت درخواست           |   |   |
|  |  |   |  | ۳- پرداخت حق بیمه                       |   |   |
|  |  |   |  | ۴- دریافت بیمه نامه                     |   |   |
| نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم:  |  | تلفن:   |  | مدیریت امور پشتیبانی و رفاهی            |   | نام واحد مربوطه:  |
| ۰۸۱۳۱۳۱۱۱۰۵  |  |   |  | پست الکترونیک                           |   | مراجعه تایید کننده:   |
|  |  |   |  | مدیریت امور پشتیبانی و رفاهی ۱۴۰۲/۱۰/۰۶ |   |   |