

بسمه تعالی

فرم ثبت نام متقاضی بیمه های اجتماعی کارگران ساختمانی

ریاست محترم تأمین اجتماعی

باسلام

احتراماً در اجرای قانون بیمه های اجتماعی کارگران ساختمانی مصوب ۱۳۸۶ و اصلاح بعدی آن مصوب ۱۳۸۷ و آئین نامه اجرائی مربوطه موضوع تصویب نامه شماره ۴۳۰۴۰/۴۲۰۵۳ مورخ ۸۹/۲/۲۶ و اصلاحات بعدی که مقنن لحاظ خواهد نمود اینجانب کارگر ساختمانی با توجه به کارت مهارت فنی پیوست، به دلیل عدم شمول مقررات قانون تأمین اجتماعی و نظام بیمه ای خاص، با مشخصات زیر متقاضی برخورداری از حمایت های بازنشستگی، از کارافتادگی، فوت و درمان با دستمزد مبنای پرداخت حق بیمه (بر اساس ماده ۳۵ قانون تأمین اجتماعی) با رعایت سایر ضوابط مربوطه می باشم.

مشخصات هویتی کارگر ساختمانی:

نام: نام خانوادگی: نام پدر: نام پدر:
شماره شناسنامه: محل تولد: محل صدور:
تاریخ تولد: / / ۱۳ شماره ملی: شماره بیمه:

مشخصات هویتی افراد تحت تکلف:

نام	نام خانوادگی	نام پدر	نسبت با کارگر ساختمانی	جنس		تاریخ تولد			شماره ملی
				مرد	زن	روز	ماه	سال	

مشخصات کارت مهارت فنی کارگر ساختمانی:

شماره ثبت: تاریخ صدور: مدرک تحصیلی:
صاحب صلاحیت اشتغال در حرفه با شماره استاندارد:
تاریخ اعتبار کارت: از تاریخ تا تاریخ:
با اطلاع کامل از مفاد مقررات مربوطه، خواهشمند است دستور فرمائید به تقاضای اینجانب رسیدگی نمایند.
ضمناً چنانچه تغییری به موجب ضوابط و مقررات در خصوص این نوع بیمه در آینده ایجاد شود، خود را متعهد و ملزم به پذیرش آن می دانم و از این جهت اعتراضی نخواهم داشت.

نشانی دقیق محل سکونت و کدپستی:

نشانی دقیق محل کارگاه:

تلفن تماس: همراه:

ثابت:

نام و نام خانوادگی
امضاء و اثر انگشت متقاضی

شماره و تاریخ ثبت تقاضا در دفتر شعبه:

تعهد نامه

متقاضیان بیمه کارگران ساختمانی جهت برخورداری از حمایت‌های مقرر در قانون تامین اجتماعی

ریاست محترم شعبه.....

با سلام

بدینوسیله اینجانب شماره ملی شماره شناسنامه.....
محل صدور محل تولد در شغل
صنعت ساختمان اشتغال بکار داشته و در حال حاضر فاقد هرگونه پوشش بیمه ای در کارگاه‌های اجباری
، اختیاری ، حرف و مشاغل آزاد ،رانندگان و ... می باشم. ضمناً در صورت اثبات خلاف ادعا متعهد به
جبران خسارات وارده طبق ماده(۹۷) قانون تامین اجتماعی خواهم بود.

خواهشمند است دستور فرمائید وفق مقررات اقدام لازم صورت پذیرد.

امضاء بیمه شده/اثر انگشت

ماده ۹۷ قانون تامین اجتماعی:

((هر کس به استناد و گواهی های خلاف واقع یا با توسل به عناوین و وسایل تقلبی از مزایای مقرر در این قانون به نفع
خود استفاده نماید یا موجبات استفاده افراد خانواده خود یا شخص ثالث را از مزایای مذکور فراهم سازد به پرداخت جزای
نقدی معادل دو برابر خسارات وارده به سازمان تامین خدمات درمانی یا این سازمان و در صورت تکرار به حبس
جنحه ای از ۶۱ روز تا ۶ ماه محکوم خواهد شد.))

تعهد نامه فرزندان " اناث " بیمه شدگان جهت برخورداری از حمایت‌های درمانی

ریاست محترم شعبه ...

با سلام

بدینوسیله اینجانب به شماره بیمه
و شماره ملی اعلام میدارم ، فرزندم به نام
شماره شناسنامه کدملی محل صدور
متولد فاقد شغل و شوهر بوده و بلافاصله پس از اشتغال یا ازدواج، شعبه
ذیربط را مطلع نمایم . بدیهی است در صورت اثبات خلاف ادعا متعهد به جبران خسارت وارده
طبق ماده ۹۷ قانون تامین اجتماعی خواهم بود .
خواهشمند است دستور فرمائید ، طبق مقررات مربوطه نسبت به صدور دفترچه درمانی نامبرده
اقدام لازم معمول نمایند .

امضاء بیمه شده / اثر انگشت

"ماده ۹۷ قانون تامین اجتماعی"

هر کس به استناد و گواهی های خلاف واقع یا با توسل به عناوین و وسایل تقلبی از مزایای
مقرر در این قانون به نفع خود استفاده نماید یا موجبات استفاده افراد خانواده خود یا
اشخاص ثالث را از مزایای مذکور فراهم سازد به پرداخت جزای نقدی معادل دو برابر
خسارات وارده به سازمان تامین خدمات درمانی یا این سازمان و در صورت تکرار به حبس
جنجه ای از ۶۱ روز تا ۶ ماه محکوم خواهد شد .

عکس

پرسشنامه شناسائی و نامنویسی متمرکز مخاطبان



سازمان تامین اجتماعی

 نوع مخاطب: بیمه شده اصلی بیمه شده تبعی کارفرمای حقیقی

اطلاعات هویتی

نام خانوادگی:		نام پدر:	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
ملیت:	<input type="checkbox"/> ایرانی <input type="checkbox"/> غیر ایرانی	دین:	مذهب:
جنسیت:	<input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن	نسبت:	وضعیت تأهل
شماره شناسنامه / گذرنامه:		شماره ملی:	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
تاریخ تولد:	روز	ماه	سال
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
سری و سریال شناسنامه:	<input type="text"/>	وضعیت:	<input type="checkbox"/> انجام وظیفه
		نظام:	<input type="checkbox"/> معاف
		وظیفه:	<input type="checkbox"/> عدم انجام خدمت
کشور محل تولد:	شهر محل تولد:	محل صدور:	بخش صدور:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

نشانی محل سکونت مخاطب

کشور محل تولد:	شهر محل تولد:	کد پستی:	تاریخ شروع سکونت:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
نشانی:			
کد شهر:	شماره تلفن ثابت:	شماره تلفن همراه:	نشانی الکترونیکی:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

اطلاعات تحصیلی

آخرین مقطع تحصیلی:	سال اخذ مدرک:	رشته تحصیلی:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

اطلاعات آشنایان مخاطب

آشنای اول	نام:	نام خانوادگی:	شماره ملی:	تلفن ثابت:
	تلفن همراه:	شماره بیمه:	نشانی:	
آشنای دوم	نام:	نام خانوادگی:	شماره ملی:	تلفن ثابت:
	تلفن همراه:	شماره بیمه:	نشانی:	

اطلاعات بانکی مخاطب

تاریخ افتتاح حساب:	شماره حساب:	نوع حساب:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
نام بانک:	نام شعبه:	کد شعبه:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

تائیدیه کارفرما

این لیست توسط کارفرما تکمیل شود

تاریخ استخدام بیمه: / / ۱	شغل:	معاینات قبل از استخدام: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد
نام کارفرما:	شماره ملی کارفرما:	شناسه حقوقی کارگاه:
نام کارگاه:	شماره کارگاه:	تلفن کارگاه:
نشانی کارگاه:		
محل امضاء کارفرما	محل درج مهر کارگاه	

اطلاعات پروانه اشتغال مخاطب اصلی خارجی

شماره مجوز:	تاریخ مجوز:	شروع دوره:	خاتمه دوره:
-------------	-------------	------------	-------------

اطلاعات بیماری خاص

نوع بیماری خاص: <input type="checkbox"/> تالاسمی	<input type="checkbox"/> هموفیلی	<input type="checkbox"/> کلیوی	تاریخ شروع بیماری خاص:
--	----------------------------------	--------------------------------	------------------------

اظهارات مخاطب در خصوص اطلاعات بیمه‌ای گذشته خود

ردیف	نوع مخاطب (اصلی / تبعی)	شماره بیمه مخاطب اصلی	نام کارگاه	کد کارگاه	دوره ارتباط		شغل	شعبه	استان
					از تاریخ	تا تاریخ			
۱									
۲									
۳									
۴									
۵									
—									

تائیدیه مخاطب

محل درج اثر انگشت	محل امضاء	اینجانب در تاریخ / / ۱ به شعبه مراجعه نموده و ضمن درخواست نامنویسی و دریافت شماره تامین اجتماعی، صحت اطلاعات فوق را تایید می‌نمایم.
----------------------	-----------	--

اطلاعات بیمه‌ای مخاطب و تائیدیه مسئول نامنویسی و حساب‌های انفرادی

نحوه شناسایی:	<input type="checkbox"/> کارفرما	<input type="checkbox"/> بازرسی	<input type="checkbox"/> عقد قرارداد																				
نوع ارتباط:	<input type="checkbox"/> بیمه پرداز	<input type="checkbox"/> دریافت کننده	<input type="checkbox"/> تحت پوشش شده اصلی																				
نوع بیمه:	نوع خدمت:	گرایش بیمه / خدمت:																					
درخواست نامنویسی آقای / خانم با توجه به اطلاعات مندرج در این پرسشنامه بررسی و در تاریخ / / ۱ شماره تامین اجتماعی زیر به نامبرده تخصیص داده شد.																							
مهر و امضاء		مسئول نامنویسی و حساب‌های انفرادی																					
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																							

این لیست توسط کارفرما تکمیل شود

«فرم درخواست صدور دفترچه المثلی بیمه شدگان شاغل کارگاههای (امباری / فاض) مستمری بگیران»

ریاست محترم شعبه:

با سلام

بدینوسیله اینجانب بیمه شده / مستمری بگیر به شماره

..... متقاضی صدور دفترچه درمان المثلی، جهت به شماره

شناسنامه کدملی محل صدور تاریخ تولد

نام پدر می باشم .

خواهشمنداست دستور فرمائید اقدام لازم انجام پذیرد .

آدرس محل سکونت :

شهر : خیابان : کوچه : پلاک : تلفن :

امضاء بیمه شده / اثر نکشت

نمونه شماره ۴ المثلی

«فرم درخواست صدور دفترچه المثلی بیمه شدگان شاغل کارگاههای (امباری / فاض) مستمری بگیران»

ریاست محترم شعبه:

با سلام

بدینوسیله اینجانب بیمه شده / مستمری بگیر به شماره

..... متقاضی صدور دفترچه درمان المثلی، جهت به شماره

شناسنامه کدملی محل صدور تاریخ تولد نام

پدر می باشم .

خواهشمنداست دستور فرمائید اقدام لازم انجام پذیرد .

آدرس محل سکونت :

شهر : خیابان : کوچه : پلاک : تلفن :

امضاء بیمه شده / اثر نکشت

نمونه شماره ۴ المثلی

مشخصات گواهینامه رانندگی : (فتو کی پیوست شود)

استان محل صدور :

تاریخ اعتبار :

نوع گواهینامه :

تاریخ صدور :

شماره :

شهرستان محل صدور :

توجه : فقط رانندگانی که دارای دفترچه کار معتبر هستند باید این قسمت را تکمیل کنند

مشخصات دفترچه کار رانندگی : (فتو کی صفحه اول پیوست شود)

شهرستان محل صدور :

استان محل صدور :

تاریخ آخرین اعتبار :

تاریخ صدور :

شماره :

توجه فقط رانندگانی که قبلاً نزد سازمان بیمه بوده و دارای شماره بیمه شده هستند باید این قسمت را تکمیل کنند

وضعیت بیمه راننده در گذشته

شماره بیمه شده :

کد شعبه ای که نزد آن بیمه بوده ام :

نوع بیمه : طرح بیمه رانندگان اجتناب حرف و مشاغل آزاد اجباری

در صورتیکه قبلاً بیمه اجباری (مشاغل در کارگاههای مشمول تأمین اجتماعی) بوده اید نام کارگاه قید شود

نوع درخواست راننده :

الف - دارای دفترچه کار رانندگی معتبر هستم و آمادگی خود را برای پرداخت حق بیمه اعلام میدارم

- قبلاً از طریق طرح بیمه رانندگان بیمه شده ام

- تاکنون بیمه نشده ام

ب - متقاضی معرفی به سازمان حمل و نقل و پایانه ها جهت دفترچه کار رانندگی میباشم

شماره و تاریخ ثبت در دفتر شعبه

نام و نام خانوادگی و امضاء راننده

