



تاریخ ثبت: 1400/09/18

کد پیگیری: 790675

ثبت نام با موفقیت انجام شد

ضوابط و شرایط ثبت نام بیمه تکمیلی

- (1) قرارداد بیمه تکمیلی درمان و بیمه عمر از تاریخ 1400/09/01 لغایت 1401/08/30 به مدت یک سال میباشد و با درخواست بازنشسته جهت ثبت نام بیمه، موافقت شما جهت برقراری بیمه تکمیلی و بیمه عمر برای یک سال و سال های اتی ایفاد میگردد
 - (2) با توجه به ضوابط قرارداد بیمه درمان تکمیلی و بیمه عمر کسر از حقوق نامبرده و افراد تحت کفالت ایشان از آذرماه 1400 اعمال و بازنشسته مجاز به استفاده از بیمه تکمیلی و بیمه عمر از تاریخ شروع قرارداد میباشد .
 - (3) با توجه به ضوابط ثبت نام قرارداد بیمه درمان تکمیلی و بیمه عمر ، بازنشسته می بایست همسر خود را بیمه کند مگر در مواردی که همسر خود شاغل یا بازنشسته باشد در صورت تمایل برای ثبت نام افراد تحت کفالت بازنشسته میبایست کلیه افراد (فرزندان و والدین) که به تبع بیمه شده اصلی دارای دفترچه بیمه پایه می باشند را بیمه کند و امکان انتخاب گزینشی میان آن ها وجود ندارد. در صورت رعایت نکردن این بند مسئولیت عدم سرویس دهی شرکت بیمه گر ، به عهده شخص ثبت نام کننده میباشد
 - (4) در صورت ثبت نام امکان تغییر و انصراف تا پایان قرارداد وجود ندارد مگر در موارد (ازدواج ، فوت ، طلاق ، اشتغال به کار ، خروج از کفالت و سربازی) که در این صورت باید فوراً به کانون اطلاع داده شود و در صورت عدم اطلاع کانون مسئولیتی در قبال وجوه کسر شده از شما نخواهد داشت .
 - (5) استفاده از خدمات بیمه تکمیلی و بیمه عمر منوط به کسر حق بیمه توسط شعبه مربوطه میباشد و دریافت معرفی نامه و تحویل فاکتور ظرف مدت 45 روز بعد از کسر از حقوق امکان پذیر میباشد
 - (6) در صورتیکه اشخاص پس از ثبت نام تصمیم به انتقال پرونده خود از شعب تامین اجتماعی تهران به دیگر استان های کشور بگیرند باید ابتدا به کانون مراجعه و باتسویه باقیمانده حق بیمه امکان انتقال را فراهم نمایند و در غیر اینصورت مسئولیت آن به عهده ایشان میباشد
 - (7) تکمیل فرم ثبت نام به مفهوم قرارگرفتن نام افراد در لیست بیمه تکمیلی و بیمه عمر نمیباشد و شخص باید با پیگیری خود از طریق دریافت فیش حقوقی ماه بعد از ثبت نام از طریق سایت www.tamin.ir و یا مراجعه به کانون (در صورت کسر نشدن حق بیمه از حقوق ماه بعد از ثبت نام) از برقراری بیمه تکمیلی و بیمه عمر اطمینان حاصل نمایند و در صورت عدم پیگیری مسئولیت آن به عهده ثبت نام کننده میباشد.
- توجه: تمامی کسورات طبق بند ۲ از ماه آذر محاسبه میشود
- توجه: در صورتیکه یکی از بیمه شدگان فوت نماید و اولین قسط حق بیمه بعد از تاریخ فوت از حقوق مستمری بگیر کسر شده باشد امکان پرداخت خسارت بیمه عمر مقدور نمیباشد
- در صورت اشتباه در اطلاعات ثبت شده مسئولیت به عهده شخص بیمه شده اصلی میباشد و بازنشسته میبایست حداکثر ظرف مدت ۵ روز به کانون بازنشستگان جهت اصلاح مراجعه نماید و در صورت عدم مراجعه مسئولیتی جهت بیمه شدن افراد متوجه کانون بازنشستگان نمیباشد
- پس از تکمیل فرم ثبت نام نیاز به مراجعه به شعبات تامین اجتماعی نمیباشد

احتراما اینجانب آقا / خانم سید علی اکبر صادق شبیری شماره مستمری 1057212383 شماره ملی 0043328717 نام پدر سید علی تاریخ تولد 1336/07/08 بازنشسته/مستمری بگیر شعبه ۱۶ تامین اجتماعی تمامی مطالب فوق را مطالعه نموده ، مورد تأیید اینجانب میباشد و خواستار برقراری بیمه تکمیلی و بیمه عمر خود و سایر اعضای تحت تکفل اینجانب که مشخصات آنها در جدول ذیل اعلام میگردد می باشم و خواهشمند است حق بیمه مکمل آنها نیز از حقوق اینجانب کسر گردد.

افراد تحت تکفل:

نام	نام خانوادگی	نام پدر	کد ملی	شماره شناسنامه	تاریخ تولد	نسبت فرد
فیروزه	شهبازی	امیرعلی	0050825089	870	۱۳۴۸/۰۹/۱۲	همسر

مبلغ بیمه تکمیلی ۹۱۰۰۰۰ ریال سهم مستمری بگیر و ۴۵۵۰۰۰ ریال مساعدت سازمان تامین . مبلغ بیمه عمر ۱۴۵۵۰۰ ریال