

کد 5 رقمی شرکت

نام انجمن صنفی مربوطه:

نام شرکت:

تلفن تماس:

ردیف	نام	نام خانوادگی	نام پدر	جنسیت	تاریخ تولد	شماره شناسنامه	کد ملی	وضعیت تاهل	نسبت با بیمه شده اصلی	تاریخ استخدام	بیمه پایه
1											تامین اجتماعی
2											تامین اجتماعی
3											تامین اجتماعی
4											تامین اجتماعی
5											تامین اجتماعی
6											تامین اجتماعی
7											تامین اجتماعی
8											تامین اجتماعی
9											تامین اجتماعی
10											تامین اجتماعی
11											تامین اجتماعی
12											
13											تامین اجتماعی
14											تامین اجتماعی

حتما خوانا نوشته شود و یا با زدن ایمیل به fouadva@yahoo.com فایل اکسل را برای پر کردن کامپیوتری دریافت نمایید

مهر و تاییدیه انجمن صنفی مربوطه

مهر و امضای شرکت حمل و نقل

1- تاریخ تولد حتما به روز و ماه و سال باشد 2- تلفن تماس شرکت الزامی

2- ترتیب اسامی: ردیف اول بیمه شده اصلی - ردیف دوم همسر- ردیفهای بعدی فرزندان و به همین ترتیب ادامه کارکنان

3- بدون مهر و امضای شرکت و تاییدیه مهر انجمن فاقد اعتبار بوده و ترتیب اثر داده نخواهد شد (مهم)

4- جهت اطلاع از حق بیمه صادره با شماره های تلفن 66489140 الی 66489142 تماس حاصل فرمایید

5- ارسال این فرم به شرکت بیمه ایران به معنی قبول تمامی شرایط قرارداد بیمه تکمیلی منعقد با کاتون انجمنهای صنفی شرکتهای حمل و نقل و حق بیمه های متعلقه خواهد بود

6- شروع پوشش بیمه ای تمامی ثبت نام کنندگان از تاریخ 1394/09/01 خواهد بود

7- حق بیمه قرارداد جدید برای سال 93: 282/300 ریال و سال 94: مطابق با مالیات بر ارزش افزوده و حق بیمه سال 94 برای هر نفر بیمه شده بصورت ماهانه

فرم ارسال اسامی جهت تمدید بیمه تکمیلی قرارداد درمان کارکنان و مدیران و متصدیان شرکتهای حمل و نقل بار داخل کشور سال 94/93

آدرس پستی: تهران - خ انقلاب - مابین ابوریحان و دانشگاه - ساختمان فروردین -طبقه 3 واحد 10 کد پستی: 1315693533