

درخواست برقراری بیمه صاحبان حرف و مشاغل آزاد (بیمه ایرانیان خارج از کشور)

ریاست محترم تأمین اجتماعی شعبه

با سلام

احتراماً، اینجانب آقای / خانم فرزند شماره شناسنامه محل تولد محل صدور تاریخ تولد شماره ملی شماره بیمه با ارائه وکالتنامه شماره مورخ (تنظیمی در دفتر خانه شماره / نمایندگی سیاسی، کنسولگری و یا وابسته کار جمهوری اسلامی ایران در کشور) به آقای / خانم ، متقاضی انعقاد قرارداد بیمه صاحبان حرف و مشاغل آزاد در برابر تعهدات بازنشستگی، با نرخ پرداخت حق بیمه و دستمزد مبنای پرداخت حق بیمه به میزان ریال

 با استفاده از حمایت درمان عدم استفاده از حمایت درمان

می باشم. ضمناً هرگونه تغییر در مقررات مربوطه اعم از نرخ پرداخت حق بیمه، دستمزد مبنای پرداخت حق بیمه، شیوه پرداخت و یا نحوه ارائه تعهدات و زمان بهره مندی از آن را که طبق رویه جاری سازمان تأمین اجتماعی ملزم به انجام آن است بعنوان الحاقیه به قرارداد تلقی می گردد و با ارائه این درخواست قبول نموده و خود را ملزم به پذیرش آن مطابق تغییرات می دانم.

مشخصات هویتی افراد تحت تکفل قانونی متقاضی در زمان تقاضا:

ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره شناسنامه	شماره ملی	تاریخ تولد	نسبت با متقاضی

با اطلاع کامل از مفاد آئین نامه بیمه ایرانیان خارج از کشور مندرج در ظهر این درخواست، خواهشمند است دستور فرمائید به تقاضای اینجانب رسیدگی و نتیجه را کتباً اعلام نمایند.

ضمن تأیید اظهارات فوق متعهد می گردم:

۱- در صورتیکه از موضوع درخواست خود منصرف گردم حداکثر ظرف مدت دو ماه از تاریخ ثبت آن در شعبه تأمین اجتماعی مراتب را کتباً اعلام می نمایم و در غیر اینصورت صرفاً به واسطه ارائه درخواست و همچنین عدم پیگیری موضوع که منتج به انعقاد قرارداد و پرداخت حق بیمه نگردیده ادعایی نخواهم داشت.

۲- در تاریخ درخواست بیمه صاحبان حرف و مشاغل آزاد مشمول هیچ یک از نظامهای حمایتی بیمه ای خاص و یا اشتغال در کارگاههای مشمول قانون تأمین اجتماعی نبوده و چنانچه خلاف آن ثابت گردد قرارداد منعقد باطل و از این نظر هیچ گونه حقی نخواهم داشت.

۳- در صورتی که بعد از انعقاد قرارداد و در حین پرداخت حق بیمه مشمول قانون تأمین اجتماعی و یا نظام حمایتی بیمه ای خاص گردیدم موضوع را کتباً به شعبه ذیربط اعلام نمایم.

نشانی محل سکونت و کد پستی متقاضی / وکیل:

شماره تلفن ثابت متقاضی / وکیل:

شماره تلفن همراه متقاضی / وکیل:

امضاء و اثر انگشت متقاضی / وکیل