

فرم درخواست بیمه غیر اجباری (توافقی) راهنمایان گردشگری

کانون انجمن‌های صنفی کارگری راهنمایان گردشگری سراسر کشور
راهنمای گردشگری استان

با سلام

احتراما؛ اینجانب آقا/ خانم متقاضی بیمه غیر اجباری (توافقی) جهت بهره‌مندی از حمایت‌های
بازنشستگی، از کارافتادگی، فوت و درمان طبق مقررات تامین اجتماعی می باشم.
مشخصات هویتی:

نام نام خانوادگی نام پدر شماره شناسنامه
محل تولد محل صدور تاریخ تولد شماره ملی
در حال حاضر سال ماه روز سن داشته و دارای شماره بیمه (در صورت داشتن شماره بیمه قبلی، شماره را
وارد نمایید) و شماره کارت راهنمای تور معتبر با اطلاع کامل از مفاد آیین‌نامه و شرایط
بهره‌مندی بیمه اختیاری، خواهشمند است دستور فرمایید به تقاضای اینجانب رسیدگی و نتیجه را کتبا اعلام نمایند.
ضمن تایید اظهارات فوق متعهد و مکلف میگردم:

۱- حق بیمه خود را بصورت ماهیانه، در تاریخ ۲۵م هرماه پرداخت نمایم و چنانچه تا تاریخ های مقرر پرداخت ننمایم، کانون
انجمن های صنفی راهنمایان گردشگری سراسر کشور حق خواهد داشت نسبت به خارج کردن اینجانب از لیست بیمه خود
اقدام نمایند و مسئولیت عدم پرداخت و اقدامات بعدی بر عهده متقاضی می باشد.

۲- اینجانب هیچگونه رابطه مزدبگیری با کانون انجمن‌های صنفی کارگری راهنمایان گردشگری سراسر کشور، نمایندگان استانی
و شهرستانی و هیئت مدیره آن نداشته و آگاهی دارم که کانون صرفا کارگزار است و وظیفه احراز هویت، شناسایی و معرفی
راهنمایان گردشگری مشمول را جهت معرفی به شعبات تامین اجتماعی به عهده دارد.

۳- کانون انجمن‌های صنفی راهنمایان گردشگری با همراهی وزارت میراث فرهنگی، گردشگری و صنایع دستی در تلاش است، تا
سالانه بخشی از حق بیمه را از طریق کمک دولت به راهنمایان گردشگری به عنوان اقشار خاص دریافت نماید.
بدیهی است هر زمان بودجه حمایتی دولت بنا به هر دلیلی قطع و یا به حساب تامین اجتماعی واریز نگردد، امکان استمرار بیمه
فرد مشمول پابرجا، اما پرداخت کل ۲۷٪ حق بیمه به عهده متقاضی خواهد بود و مانند تمام بیمه‌های توافقی تامین اجتماعی
عمل خواهد شد.

۴- ریز سوابق پرداخت حق بیمه مورد ادعا به شرح ذیل اعلام می گردد.

۱- نام کارگاه..... به کارفرمائی..... از تاریخ..... لغایت..... نزد شعبه تأمین اجتماعی..

نشانی:

۲- نام کارگاه..... به کارفرمائی..... از تاریخ..... لغایت..... نزد شعبه تأمین اجتماعی..

نشانی:

۳- نام کارگاه..... به کارفرمائی..... از تاریخ..... لغایت..... نزد شعبه تأمین اجتماعی..

نشانی:

کل سوابق خویش را اعلام نموده ام و از این بابت در آینده ادعایی نخواهم داشت.

۵- به محض تغییر نشانی و یا شماره تلفن، مراتب را شخصاً و کتباً به شعبه‌ای که بیمه پرداز آن می‌باشم و نیز کانون و نماینده استانی

کانون، اعلام نمایم.

نشانی محل سکونت:

شماره تماس:

کد پستی:

نشانی محل اشتغال: متغیر

امضاء و اثر انگشت متقاضی