

شماره بیمه :

فرم تقاضا و نامنویسی بیمه رانندگان حمل و نقل بار و مسافر بین شهری
و متقاضیان کارت هوشمند رانندگی (دفترچه کار رانندگی)
این شماره پس از احراز شرایط و پذیرش راننده بعنوان بیمه شده باید توسط سازمان درج شود.

فرم شماره يك صفحه اول

کد ملی : - -

مشخصات هویتی راننده : (فتوکپی شناسنامه و کارت ملی پیوست شود)

نام : نام خانوادگی : نام پدر : شماره شناسنامه : شماره گذرنامه (ویژه اتباع خارجی)
محل صدور : محل تولد : تاریخ تولد : ۱۳ / / وضعیت تاهل : متاهل ☐ مجرد ☐ متکفل ☐
جنسیت : زن ☐ مرد ☐ ملیت : ایرانی ☐ خارجی ☐ میزان تحصیلات : رشته تحصیلی :
نشانی دقیق محل سکونت :
کد پستی : تلفن : همراه :

مشخصات هویتی افراد تحت تکفل راننده (فتوکپی شناسنامه و کارت ملی پیوست شود)

ردیف	نام	نام خانوادگی	نام پدر	نسبت	جنس		تاریخ تولد			شماره شناسنامه	شماره گذرنامه	محل صدور	میزان تحصیلات	رشته تحصیلی	تاریخ کفالت	علت کفالت
					مرد	زن	روز	ماه	سال							
۱																
۲																
۳																
۴																
۵																
۶																

شماره :

تاریخ صدور : / / ۱۳

مشخصات گواهینامه رانندگی (فتوکپی پیوست شود)
نوع گواهینامه: پایه یکم ☐ پایه دوم ☐

تاریخ اعتبار : / / ۱۳

استان محل صدور:

شهرستان محل صدور :

توجه : فقط رانندگانی که دارای دفترچه کار معتبر هستند این قسمت را تکمیل نمایند .

شماره :

مشخصات دفترچه کار رانندگی : (فتوکپی صفحه اول پیوست شود)

تاریخ صدور : / / ۱۳

تاریخ اعتبار : / / ۱۳

استان محل صدور :

شهرستان محل صدور :

توجه : فقط رانندگانی که قبلاً نزد سازمان بیمه بوده و دارای شماره بیمه هستند این قسمت را تکمیل نمایند .

وضعیت بیمه راننده در گذشته :

شماره بیمه شده :

نام شعبه ای که نزد آن بیمه بوده ام :

کد شعبه ای که نزد آن بیمه بوده ام :

نوع بیمه : طرح بیمه رانندگان ☐ اختیاری ☐ صاحبان حرف و مشاغل آزاد ☐ اجباری ☐

در صورتیکه قبلاً بیمه اجباری (شاغل در کارگاههای مشمول تامین 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 می دارم . ☐

- قبلاً از طریق طرح بیمه رانندگان بیمه شده ام . ☐

- تا کنون بیمه نشده ام . ☐

ب - متقاضی معرفی به سازمان حمل و نقل و پایانه ها جهت دفترچه کار رانندگی می باشم . ☐

شماره و تاریخ ثبت در دفتر شعبه

نام و نام خانوادگی و امضاء راننده :

توجه : از این قسمت به بعد توسط سازمان تامین اجتماعی (شعبه) تکمیل شود .

وضعیت سلامتی و قابلیت و استعداد جسمانی راننده :

الف : راننده قبل از ۸۰/۷/۱ در اجرای طرح بیمه رانندگان ، همچنین رانندگان ترانزیت و حمل و نقل مواد نفتی بی ظرف خویش فرما بیمه شده و طبق بند " الف "

ماده ۳ آیین نامه اجرایی نیاز به انجام معاینه پزشکی ندارد. ☐

ب : راننده فاقد شرایط بند " الف " بوده و طبق بند " ب " ماده ۳ آیین نامه اجرایی باید جهت معاینات پزشکی به کمیسیون معرفی شود . ☐

نظریه کمیسیون پزشکی : (پیوست شود)

۱ - قابلیت و استعداد جسمانی جهت شغل مورد نظر را دارد . ☐

۲ - به علت ☐ دارای از کار افتادگی جزئی است .

۳ - به علت ☐ دارای از کار افتادگی کلی است .

تصميم گيري و مشخص كردن وضعيت رانندگي : (پذيرش يا عدم پذيرش جهت بيمه نمودن و يا معرفي به سازمان حمل و نقل و پايانه ها جهت دريافت دفتر چه كار رانندگي (كارت هوشمند) و در صورت پذيرفتن تعيين تاريخ بيمه وي طبق قانون بيمه اجتماعي رانندگان) .

راننده قبل از طريق بارنامه و يا صورت وضعيت مسافر بيمه شده و دفترچه وي داراي اعتبار است.

در نتيجه بيمه نمودن وي از تاريخ / / ۱۳ بلا مانع است . ☐

راننده طبق نظريه كميسيون پزشكي قابليت و استعداد جسماني كار مورد نظر را دارد و دفترچه كار رانندگي وي داراي اعتبار است .

در نتيجه بيمه نمودن وي از تاريخ / / ۱۳ بلا مانع است . ☐

راننده با توجه به گواهينامه ارائه شده و نظريه كميسيون پزشكي شرايط دريافت دفترچه كار رانندگي را دارد و معرفي وي به سازمان حمل و نقل و پايانه ها جهت

دريافت دفترچه كار رانندگي بلا مانع است . ☐

راننده طبق نظريه كميسيون پزشكي از كار افتاده كلي و قابليت و استعداد جسماني شغلي مورد نظر را ندارد و در نتيجه نمي تواند بيمه شود و يا جهت دريافت

دفترچه كار رانندگي به سازمان حمل و نقل و پايانه ها معرفي گردد . ☐

نام و نام خانوادگي و
امضاء مسئول امور بيمه شدگان

نام و نام خانوادگي و
امضاء رئيس شعبه / نمايندگي