



شماره ثبت: ۱۱۰

انجمن صنفی شرکتها و مؤسسات
حمل و نقل کالای اصفهان

شماره: ۴/ب/۳۶۱
تاریخ: ۱۴۰۵/۰۷/۲۸
پیوست:

شرکتهای محترم عضو انجمن صنفی شرکتها و مؤسسات حمل و نقل کالای اصفهان
موضوع: ارسال اطلاعات و مدارک مورد نیاز جهت ثبت نام بیمه تکمیلی

با سلام و احترام؛

به پیوست تصویر نامه شماره ۱۴۰۵۲۵۵/الف/ک مورخ ۱۴۰۵/۰۷/۲۷ کانون انجمنهای صنفی کارفرمایی شرکتها و مؤسسات حمل و نقل کالای کشور در خصوص ثبت نام بیمه تکمیلی شرکتها و مؤسسات حمل و نقل در سامانه توسط انجمنهای صنفی مربوطه، حضورتان ارسال میگردد. ضروری است با توجه به زمان محدود ثبت نام هر چه سریعتر نسبت به تکمیل و ارسال جدول اکسل پیوست به انضمام کپی موارد درخواستی در نامه پیوست، حداکثر تا تاریخ ۱۴۰۵/۸/۲ جهت طی مراحل ثبت نام بصورت دستی به انجمن تحویل نمایند.



کانون انجمن های صنفی کارفرمایان موسسات و شرکتهای حمل و نقل داخلی کالای کشور

رؤسای محترم انجمن های صنفی شرکت های حمل و نقل سراسر کشور
موضوع: دستورالعمل ثبت نام بیمه تکمیلی متصدیان حمل و نقل واجد شرایط

با سلام و احترام؛

بدین وسیله به اطلاع می‌رساند، با توجه به انعقاد قرارداد بیمه تکمیلی و ضرورت سامان‌دهی فرایند ثبت نام متقاضیان واجد شرایط، مقتضی است دستور فرمایید مراحل ثبت نام مطابق مفاد این دستورالعمل و در مهلت مقرر انجام پذیرد.

• مهلت ثبت نام:

از روز چهارشنبه مورخ ۱۴۰۵/۰۷/۲۹ لغایت ۱۴۰۵/۰۸/۱۰ انجام خواهد شد. پس از پایان مهلت مذکور، سامانه به طور کامل بسته شده و امکان ثبت نام یا تکمیل اطلاعات وجود نخواهد داشت؛ بنابراین، رعایت مهلت تعیین شده الزامی است.

• نحوه ثبت نام:

شرکت های حمل و نقل عضو و تحت پوشش انجمن های صنفی شهرستان ها موظف اند برای ثبت نام و ارائه مدارک مورد نیاز به انجمن صنفی مربوطه مراجعه نمایند. و شرکت ها باید اطلاعات مورد نیاز را در مهلت مقرر به انجمن خود تحویل دهند، و ثبت نام متقاضیان صرفاً توسط انجمن های صنفی مربوطه انجام و مدارک بار گذاری خواهد شد.

• مدارک و اطلاعات مورد نیاز:

شرکت های حمل و نقل موظف اند مدارک زیر را به انجمن صنفی مربوطه ارائه نمایند:

شماره بیمه تأمین اجتماعی سرپرست و افراد تحت تکفل

تصویر کارت ملی و صفحات شناسنامه سرپرست و افراد تحت تکفل

آخرین فهرست بیمه تأمین اجتماعی شرکت حمل و نقل به همراه نام کاربری و رمز عبور جهت ورود به

بیمه برای صحت سنجی اطلاعات

تاریخ :

شماره :

پیوست :

کانون انجمن های صنفی کارفرمایان موسسات و شرکتهای حمل و نقل داخلی کالای کشور

• دریافت اطلاعات ورود به سامانه کانون:

رؤسای محترم انجمن ها و یا دبیرخانه انجمن های صنفی شهرستان ها می توانند جهت دریافت نام کاربری و رمز عبور سامانه ثبت نام، از طریق نرم افزار کانون در پیام رسان بله با شماره ۰۹۱۹۰۱۰۲۱۹۱ پیام ارسال نمایند. ثبت نام از طریق نشانی www.ikanon.ir انجام می شود.

مسئولیت انجمن های صنفی: مسئولیت کامل دریافت و بررسی مدارک، صحت اطلاعات، نقض مشخصات متقاضیان با آخرین فهرست بیمه تأمین اجتماعی، ثبت صحیح اطلاعات و تأیید و ارسال نهایی آن ها بر عهده انجمن صنفی مربوطه است. مسئولیت عدم امکان و دریافت خدمات به علت ثبت اطلاعات اشتباه بر عهده تأیید کننده خواهد بود. و مسئولیت موجود در تبصره ماده ۱۱ قرارداد ((چنانچه معلوم شود هر یک از بیمه شدگان در پاسخ به پرسش بیمه گر یا بیمه گزار از اظهار مطلبی خودداری نموده و یا اظهارات خلاف واقع نموده است، نام وی و افراد خانواده او از لیست بیمه شدگان حذف گردیده و متعهد استرداد خساراتی خواهد بود که از ابتدای قرارداد دریافت کرده است)) و در خصوص ثبت نام افراد بدون شرایط لازم بر عهده تهیه کننده مربوط می باشد. پس از ارسال اطلاعات به کانون، اطلاعات دریافتی توسط کانون راستی آزمایی و بررسی خواهد شد.

بررسی نهایی و ارسال به شرکت بیمه: پس از ثبت نام و تأیید اطلاعات توسط انجمن های صنفی و ارسال فهرست نهایی به کانون، اطلاعات مورد بررسی و راستی آزمایی قرار می گیرد. سپس فهرست متقاضیان واجد شرایط، پس از تأیید نهایی، جهت انجام مراحل مربوط به پوشش بیمه تکمیلی به شرکت بیمه طرف قرارداد معرفی شده از سوی کانون ارسال خواهد شد.

با توجه به محدودیت زمانی و بسته شدن قطعی سامانه در تاریخ ۱۴۰۵/۰۸/۱۰، ضروری است رؤسای محترم انجمن ها ضمن اطلاع رسانی فوری به شرکت های عضو، بر اجرای دقیق مراحل ثبت نام نظارت نموده و از موکول شدن اقدامات به روزهای پایانی جلوگیری نمایند.

رئیس کانون

رضا رستمی



بلوار کشاورز، بعد از تقاطع کارگر، نبش کوچه دریا، پلاک ۲ کد پستی: ۰۶-۱۶۱۸۷۵۶۲۸۸۱

نمابر: ۶۶۱۲۰۰۰۹

تلفن: ۸-۶۶۱۲۰۰۰۴

Web Site: www.kanoont.ir

E-mail: Kanoon:IT@Hotmail.com

Kanoon.edary@gmail.com

جدول تکمیل اطلاعات بیمه تکمیلی شرکتهای حمل و نقل تحت پوشش انجمن اصفهان

نام شرکت حمل و نقل:

نام کابری تامین اجتماعی شرکت:

رمز عبور تامین اجتماعی شرکت:

نام و نام خانوادگی	شماره ملی	شماره شناسنامه	شماره موبایل سرپرست	شماره ثنا سرپرست	شماره بیمه سرپرست
سرپرست					
همسر					
فرزند اول					
فرزند دوم					

توضیح ۱: هر شرکت تا ۲۰ نفر کارمند تحت پوشش (طبق لیست بیمه شرکت) و هر کارمند نیز حداکثر تا ۳ نفر افراد تبعی میتواند معرفی نماید

توضیح ۲: هر شرکت جهت هر یک از کارکنان خود جدول فوق را بصورت جداگانه تکمیل و به انضمام مدارک خواسته شده در نامه پیوست تحویل انجمن نمایند