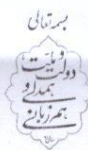


شماره: ۳۱۶ / ۳۳۳۸ / ۱۹۰۰

تاریخ: ۱۳۹۴/۱/۲۵

پیوست:



جمهوری اسلامی ایران
وزارت آموزش و پرورش
اداره کل آموزش و پرورش استان اردبیل

کمیته بررسی
بخشنامه ها و دستورالعمل های اداری
سطوح اجرایی: مدیریت - رئیس / معاون
واحد مجری: معاون
واحدهای آموزشی: ---
همانگ کنند در ناحیه / منطقه: کمیته مستند سازی
کد: ۲۱۶

کسی که اختلاش بزرگوار باشد، روزش وست یابد، امام علی (ع)

مدیریت / اداره آموزش و پرورش ناحیه / منطقه

موضوع: قرارداد بیمه های عمر مصوب و مکمل ۹۴

باسلام و احترام

تصویر نامه شماره ۹۴/۰۱۰/۵۷۰۳/۱/۱۷ بیمه معلم استان اردبیل به
انضمام دو نسخه از قرارداد بیمه های عمر حوادث جمعی مصوب و مکمل کارکنان
سال ۹۴ به پیوست ارسال می گردد مقتضی است دستور فرمائید ضمن
همانگی قبلی با اداره امور مالی این اداره کل نسبت به انجام کسورات بموقع
حق بیمه در جریان ماههای فروردین و اردیبهشت ۹۴ اقدام لازم را معمول نمایند

پیری

از طرف
معاون توسعه منابع و پشتیبانی اداره کل

رونوشت:

- اداره کل نوسازی، کانون پرورش فکری کودکان و نوجوانان و دانشگاه فرهنگیان
- اداره امور مالی و تعاون



شماره: ۹۳۰۵۶۶۲/۱۰۱
تاریخ: ۱۳۹۳ - ۱۲ - ۱۲
پیوست:

« بسمه تعالی »

شعبه اردبیل

قرارداد بیمه عمر و حوادث جمعی (عمر مکمل)

شماره قرارداد: عمر)	مدت بیمه نامه: یکسال
حوادث)	تاریخ شروع: ۱۳۹۴/۰۱/۰۱
تعداد بیمه شدگان: با الحاقی اعلام می شود.	تاریخ انقضاء: ۱۳۹۵/۰۱/۰۱
حق بیمه: با الحاقی اعلام می شود.	تاریخ صدور:

این قرارداد بین شعبه شرکت بیمه معلم استان اردبیل که بعد از این بیمه گر نامیده می شود اداره کل آموزش و پرورش استان اردبیل که بعد از این بیمه گذار نامیده می شود براساس قانون بیمه مصوب اردیبهشت ماه سال ۱۳۱۶ و آئین نامه های مصوب شورای عالی بیمه، عرف بیمه در ایران و همچنین شرایط عمومی بیمه حوادث اشخاص که ضمیمه و جزء لاینفک این قرارداد می باشد، با شرایط خصوصی زیر منعقد می شود:

فصل اول: تعاریف و اصطلاحات

ماده ۱- بیمه گر:

شعبه شرکت بیمه معلم استان اردبیل به نشانی: اردبیل بزرگراه شهدا مابین ایستگاه سریعین و چهارراه حافظ

ماده ۲- بیمه گذار:

اداره کل آموزش و پرورش استان اردبیل به نشانی: خیابان باکری

ماده ۳- بیمه شدگان:

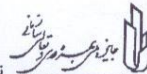
عبارتند از کارکنان شاغل و بازنشسته (رسمی، پیمانی و قراردادی) براساس لیست ارسالی از سوی بیمه گذار.
تبصره ۱- بیمه شدگان در بیمه عمر حداکثر تا سن ۷۰ سالگی و در بیمه حادثه حداکثر تا سن ۷۵ سالگی تمام تحت پوشش می باشند.
تبصره ۲- چنانچه در طول مدت قرارداد سن بیمه شده ای از سقف تعیین شده (موضوع تبصره ۱ ماده ۳) تجاوز نماید، مشروط بر پرداخت حق بیمه توسط بیمه گذار، بیمه شده تا پایان قرارداد تحت پوشش خواهد بود و در صورت تمدید قرارداد سال بعد از گروه بیمه شدگان حذف خواهد شد.
تبصره ۲-۱- کسانی که در طول مدت قرارداد بازنشسته می شوند در صورت تمایل و به شرط ارسال لیست از سوی بیمه گذار و پرداخت حق بیمه ضمن رعایت تبصره ۱ ماده ۳ قرارداد و رعایت سایر شرایط به پوشش بیمه ای خود ادامه دهند.
تبصره ۳- افرادی که در طول مدت قرارداد به دلیل بیماری از کارافتاده می گردند، می توانند با پرداخت حق بیمه و رعایت سایر شرایط قرارداد منحصرأ به پوشش عمر این قرارداد ادامه دهند.



صفحه 1

شرکت سهامی بیمه معلم
www.mic-ir.com

نشانی شعبه اردبیل: بزرگراه شهدا - مابین ایستگاه سریعین و چهارراه حافظ تلفن: ۷۷۲۲۹۵۸ - ۷۷۲۲۹۵۷ کد پستی: ۵۶۱۳۶۶۱۱۹۷
نشانی ساختمان مرکزی: تهران - میدان ونک، بلوار شهید حقانی، شماره ۵۶ کد پستی: ۱۵۱۷۹۷۳۵۱۱ صندوق پستی: ۱۹۳۹۵/۶۳۱۴
تلفن: ۲ - ۹۸ ۲۱ ۸۸۷۹۵۰۵۱ + تلفن دفتر فنی: ۲ - ۹۸ ۲۱ ۸۸۷۸۲۵۵۰ + نمابر: ۹۸ ۲۱ ۸۸۷۷۴۸۵۸ +



گواهی تعهد به تعالی
ISO 9001 - 2000



شماره:

تاریخ:

پیوست:

تبصره ۴- کلیه بازنشستگان بیمه گذار با رعایت تبصره ۱ ماده ۳ قرارداد و با رعایت سایر شرایط و به شرط ارسال لیست از سوی بیمه گذار و پرداخت حق بیمه، می توانند تحت پوشش قرار می گیرند.

شعبه اردبیل

ماده ۴- موضوع قرارداد:

عبارتست از پوشش بیمه ای کلیه بیمه شدگان در مقابل خطر فوت به هر علت و نقص عضو و از کارافتادگی دائم (کلی یا جزئی) ناشی از حوادث مشمول بیمه کلیه بیمه شدگان در تمام اوقات زندگی در داخل یا خارج از کشور.

تبصره ۱- حادثه: عبارتست از پیشامد ناگهانی ناشی از یک عامل خارجی که بدون قصد و اراده بیمه شده یا ذینفع بروز کرده باشد و منجر به فوت یا صدمه بدنی (جرح، نقص عضو و از کارافتادگی) بیمه شده شود.

تبصره ۲- نقص عضو و از کارافتادگی کامل و دائم: عبارتست از قطع یا تغییر شکل و یا از دست دادن توانایی کار عضوی از اعضاء بدن ناشی از حادثه بوده و طبق تشخیص پزشک معتمد بیمه گر، وضعیت دائم قطعی داشته باشد.

تبصره ۳- افرادی که قبل از شروع قرارداد از کارافتاده ناشی از بیماری باشند بهیچوجه تحت پوشش بیمه این قرارداد قرار نخواهند گرفت و بیمه گذار بایستی از ارسال لیست اینگونه افراد به بیمه گر امتناع نماید. اما چنانچه بیمه گذار به هر ترتیبی نسبت به ارسال لیست و پرداخت حق بیمه از کارافتادگان ناشی از بیماری به بیمه گر اقدام نماید این امر تعهدی برای بیمه گر ایجاد ننموده و فقط حق بیمه دریافت شده از سوی بیمه گر قابل برگشت می باشد. در این صورت بیمه گذار رأساً مسئول و پاسخگوی این گونه افراد خواهد بود.

تبصره ۴- حوادث ناشی از رانندگی بیمه شده وقتی تحت پوشش این قرارداد میباشند که وی دارای گواهینامه رانندگی متناسب با نوع وسیله نقلیه طبق مقررات اداره راهنمایی و رانندگی کشور باشد.

فصل دوم: وظایف و تعهدات بیمه گذار

ماده ۵- اصل حسن نیت

بیمه گذار و بیمه شده مکلفند با رعایت دقت و صداقت در پاسخ به پرسشهای بیمه گر کلیه اطلاعات راجع به موضوع بیمه را در اختیار بیمه گر قراردهند، اگر بیمه گذار و بیمه شده در پاسخ به پرسش بیمه گر عمداً از اظهار مطلبی خودداری نمایند و یا عمداً برخلاف واقع اظهار بنمایند، بیمه نامه باطل و بلاثر خواهد بود ولو مطلبی که کتمان شده یا برخلاف واقع اظهار شده، هیچگونه تاثیری در وقوع حادثه نداشته باشد، در این صورت نه فقط وجوه پرداختی بیمه گذار مسترد نخواهد شد بلکه بیمه گر می تواند مانده حق بیمه را نیز مطالبه نماید.

ماده ۶-

بیمه گذار موظف است هنگام مبادله قرارداد یک نسخه فهرست اسامی و مشخصات کامل کارکنان و بازنشستگان مشمول بیمه شامل (شماره ردیف، نام و نام خانوادگی، نام پدر، تاریخ تولد (روز/ ماه / سال)، شماره و محل صدور شناسنامه و کد ملی) را طبق فرم پیوست تنظیم نموده و در اختیار بیمه گر قرار دهد و حداکثر ظرف مدت ۳۰ روز بعد از پایان هر ماه هر گونه تغییرات در تعداد بیمه شدگان را اعم از افزایش یا کاهش به روال فوق به صورت کتبی به بیمه گر اعلام نماید در اینصورت تاریخ ثبت نامه بیمه گذار در دبیرخانه بیمه گر ملاک پوشش بیمه ای خواهد بود و در غیر اینصورت ملاک پرداخت غرامت، آخرین اطلاعات دریافتی بیمه گذار قبل از وقوع خطرات و حوادث مشمول بیمه خواهد بود، در صورت عدم ارسال لیست مذکور در موعد مقرر بیمه گر هیچگونه تعهد و مسئولیتی نسبت به پرداخت خسارت

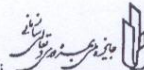


صفحه 2

شرکت سهامی بیمه معلم

www.mic-ir.com

نشانی شعبه اردبیل: بزرگراه شهدا - ما بین ایستگاه سریع و چهارراه حافظ تلفن: ۷۷۲۲۹۵۸ - ۷۷۲۲۹۵۷ کد پستی ۵۶۱۳۶۶۱۱۹۷
نشانی ساختمان مرکزی: تهران - میدان ونک، بلوار شهید حقانی، شماره ۵۶ کد پستی ۱۵۱۷۹۷۳۵۱۱ صندوق پستی: ۱۹۳۹۵/۶۳۱۴
تلفن: ۹۸ ۲۱ ۸۸۷۹۵۰۵۱ - ۲ - تلفن دفتر فنی: ۹۸ ۲۱ ۸۸۷۸۲۵۵۰ - ۲ - نمابر: ۹۸ ۲۱ ۸۸۷۷۴۸۵۸ +



گواهی نهاد به تعالی
ISO 9001-2000



شماره:

تاریخ:

پیوست:

افراد مندرج در لیست مزبور ندارد. ضمناً حداکثر زمان اعلام و ارسال لیست بیمه شدگان جدید (به جز موارد ذکر شده در تبصره ۳ ماده ۶) دوماه از تاریخ شروع قرارداد می باشد و پس از آن به هیچ عنوان افزایشی در تعداد بیمه شدگان امکان پذیر نمی باشد. **شعبه اردبیل** تبصره ۱- دو نسخه لیست اسامی و مشخصات بیمه شدگان که توسط بیمه گذار تهیه گردیده میبایست به امضا طرفین رسیده، ممهور و مبادله گردد. چنین لیستی برای احراز هویت بیمه شدگان به هنگام پرداخت غرامت، مورد عمل بیمه گر قرار خواهد گرفت.

تبصره ۲- شروع پوشش بیمه ای کارکنان جدید بیمه گذار (اعم از جدید الاستخدام، مأمور، انتقالی) یک روز پس از تاریخ ثبت درخواست بیمه گذار در دبیرخانه بیمه گر خواهد بود. چنانچه اعلام تغییرات در تعداد بیمه شدگان (افزایش) در طول قرارداد برروال فوق نباشد، بیمه گر هیچگونه تعهدی در پرداخت غرامات احتمالی این قبیل کارکنان را نخواهد داشت، در مورد حذف بیمه شدگان زمان موثر همان تاریخ قطع همکاری بیمه شده با بیمه گذار است، مگر آنکه از تاریخ قطع همکاری تا اعلام کتبی بیمه گذار بیش از ۳۰ روز گذشته باشد که در اینصورت ملاک محاسبه حق بیمه تاریخ وصول نامه بیمه گذار در دبیرخانه بیمه گر می باشد.

تبصره ۳- مقصود از افزایش در تعداد بیمه شدگان عبارتست از استخدام جدید، انتقالی، مأمور و... و در مورد کاهش عبارتست از متوفی، بازنشسته، از کارافتاده، بازخرید، مستعفی، اخراجی و...

تبصره ۴- کارکنانی که اسامی و مشخصات آنان در فهرست اسامی موضوع ماده ۸ قرارداد نبوده و در زمان تعیین شده به بیمه گر اعلام نشده باشد به استناد از قلم افتادگی نمی توانند از ابتدای قرارداد تحت پوشش قرار گیرند. (پوشش بیمه ای برای اینگونه افراد موکول به ابتدای ماه بعد از اعلام کتبی بیمه گذار خواهد بود).

ماده ۷- حق بیمه:

حق بیمه ماهانه هر یک از بیمه شدگان با سرمایه ۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال مبلغ ۳۴۵۰۰ ریال می باشد که با احتساب ۹٪ مالیات بر ارزش افزوده ماهانه ۳۷۶۰۵ ریال (سالانه ۴۵۱۲۶۰ ریال) می باشد.

تبصره ۱- نحوه پرداخت حق بیمه: حق بیمه صادره قرارداد با توجه به تعداد بیمه شدگان و لیست اسامی و مشخصات پرسنل تعیین می شود و بیمه گذار موظف است کل مبلغ حق بیمه قرارداد را به صورت ماهیانه در سررسید های مشخص (که در طی الحاقیه اعلام خواهد شد) در وجه بیمه گر پرداخت نماید.

تبصره ۲- در صورت عدم پرداخت به موقع حق بیمه در سررسید معین، بیمه گر هیچگونه تعهد و مسئولیتی نسبت به پرداخت غرامت به بیمه گذار یا بیمه شده ندارد و اگر بیمه گر در این راستا به هر دلیل از جمله به علت اقدام قانونی بیمه شدگان و به موجب رای مراجع ذیصلاح غرامت پرداخت کند، بیمه گذار مسؤول بازپرداخت غرامت پرداختی، به بیمه گر می باشد.

بدیهی است امتناع یا تاخیر در پرداخت حق بیمه و همچنین عدم انجام تعهدات بیمه گر به علت تاخیر یا امتناع، بیمه گذار از پرداخت حق بیمه به هیچ وجه رافع مسئولیت بیمه گذار در پرداخت حق بیمه نمی باشد و بیمه گذار در هر حال موظف و مکلف است حق بیمه متعلقه را در موعد مقرر به بیمه گر پرداخت نماید.

تبصره ۳- در صورتیکه بیمه گذار نسبت به ایفای تعهدات خود اقدام نکند بیمه گر حق فسخ قرارداد را دارد در این صورت بیمه گذار موظف است حق بیمه متعلقه را به میزانی که بیمه گر اعلام می کند به وی پرداخت کند.

تبصره ۴- محاسبه حق بیمه اضافی و برگشتی در الحاقیه تغییرات تعداد بیمه شدگان، به صورت ماهانه خواهد بود.

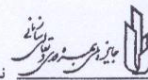


صفحه 3

شرکت سهامی بیمه معلم

www.mic-ir.com

نشانی شعبه اردبیل: بزرگراه شهدا - ما بین ایستگاه سرعین و چهارراه حافظ تلفن: ۷۷۲۲۹۵۸ - ۷۷۲۲۹۵۷ کد پستی ۵۶۱۳۶۶۱۱۹۷
نشانی ساختمان مرکزی: تهران - میدان وک، بلوار شهید حقانی، شماره ۵۶ کد پستی ۱۵۱۷۹۷۳۵۱۱ صندوق پستی: ۱۹۳۹۵/۶۳۱۴
تلفن: ۲ - ۹۸ ۲۱ ۸۸۷۹۵۰۵۱ + تلفن دفتر فنی: ۲ - ۹۸ ۲۱ ۸۸۷۸۲۵۵۰ + نمابر: ۹۸ ۲۱ ۸۸۷۷۴۸۵۸ +



گواهی تعهد به تنالی

ISO 9001 - 2000



شماره: ۵۶۶۴.م.۱.۹۳۸

تاریخ: ۱۲/۱۲/۱۳۹۳

پیوست:

قرارداد گروهی بیمه عمرزمانی و حوادث کارکنان دولت (شاغلین و بازنشستگان) شعبه اردبیل

شماره قرارداد: عمر	تاریخ صدور:
حوادث	مدت قرارداد: یکسال
تعداد و حق بیمه: عمر	تاریخ شروع: ۱۳۹۴/۱۰/۰۱
حوادث	تاریخ انقضاء: ۱۳۹۵/۱۰/۰۱

این قرارداد بین اداره کل آموزش و پرورش استان اردبیل که در این قرارداد "بیمه گذار" نامیده می شود از یک طرف شرکت بیمه معلم استان اردبیل که در این قرارداد "بیمه گر" نامیده می شود، به استناد مصوبه شماره ۵۲۰۷۸/۴۳۴۱۰ مورخ ۸۹/۳/۸ هیات وزیران تنظیم و منعقد می شود:

فصل اول تعاریف و کلیات

ماده ۱- بیمه گر:

شرکت بیمه معلم به نشانی: اردبیل بزرگراه شهدا مابین ایستگاه سرعین و چهارراه حافظ

ماده ۲- بیمه گذار:

اداره کل آموزش و پرورش استان اردبیل به نشانی: خیابان باکری

ماده ۳- بیمه شدگان:

عبارتند از کلیه کارکنان شاغل و بازنشسته شامل رسمی، ثابت و پیمانی و قراردادی موقت و عناوین مشابه و افرادی که با قرارداد خرید خدمت اشتغال دارند.

تبصره ۱- استفاده افراد خرید خدمات یا عناوین مشابه از این پوشش با توجه به مصوبه فوق مشروط بر آنست که حداقل یکسال سابقه خدمت در دستگاه مربوطه داشته باشند و از محل اعتبارات اجرای دستمزد دریافت دارند.

تبصره ۲- منظور از بازنشستگان افرادی هستند که با رعایت مقررات مربوط، حقوق بازنشستگی یا از کارافتادگی کلی از صندوق بازنشستگی ذیربط دریافت می دارند و نیز آن دسته از مشمولان قانون حالت اشتغال که پس از رسیدن به شرایط عمومی بازنشستگی بازنشسته شده و از دستگاه متبوع خود حقوق بازنشستگی دریافت می کنند.

تبصره ۳- بازنشستگان بالای ۷۰ سال و بازنشستگان قبل از سال ۱۳۶۷ که تحت پوشش بیمه عمر و حادثه قرار نگرفته اند نیز مشمول این قرارداد هستند و دستگاه متبوع آنان مکلف است آنان را با سایر بیمه شدگان تحت پوشش بیمه عمر و حادثه قرار دهد.

تبصره ۴- بیمه شدگان این قرارداد بدون در نظر گرفتن سقف سنی از مزایای آن بهره مند خواهند شد.

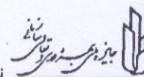
تبصره ۵- حادثه عبارتست از پیشامد ناگهانی ناشی از یک عامل خارجی که بدون قصد و اراده بیمه شده یا ذینفع بروز کرده باشد و منجر به فوت یا صدمه بدنی (جرح، نقص عضو و از کارافتادگی) بیمه شده شود.



شرکت سهامی بیمه معلم

www.mlc-ir.com

نشانی شعبه اردبیل: بزرگراه شهدا - مابین ایستگاه سرعین و چهارراه حافظ تلفن: ۷۷۲۲۹۵۸ - ۷۷۲۲۹۵۷ کد پستی ۵۶۱۳۴۶۱۱۹۷
نشانی ساختمان مرکزی: تهران - میدان ونک، بلوار شهید حقانی، شماره ۵۶ کد پستی ۱۵۱۷۹۷۳۵۱۱ صندوق پستی: ۱۹۳۹۵/۶۳۱۴
تلفن: ۹۸ ۲۱ ۸۸۷۹۵۰۵۱ - ۹۸ ۲۱ ۸۸۷۸۲۵۵۰ - ۹۸ ۲۱ ۸۸۷۷۴۸۵۸ نمابر: +۹۸ ۲۱ ۸۸۷۷۴۸۵۸



گواهی تهدید به تنالی

ISO 9001 - 2000



شماره:
تاریخ:
پیوست:

تبصره ۶- نقص عضو و از کارافتادگی دائم (کلی و جزئی): عبارتست از قطع یا تغییر شکل و یا از دست دادن توانایی انجام کار عضوی از اعضاء بدن که ناشی از حادثه بوده و طبق تشخیص پزشک متخصص و تایید پزشک معتمد بیمه گر، وضعیت دائم و قطعی داشته باشد.

ماده ۴- موضوع بیمه:

عبارت است از بیمه فوت به هر علت یا حوادث ناشی از کار و غیر ناشی از کار در تمام اوقات ساعات شبانه روز در داخل و خارج از کشور.

تبصره - در صورتی که حوادث منجر به فوت و نقص عضو بیمه شده بر اثر رانندگی باشد و بیمه شده نیز رانندگی وسیله نقلیه را در هنگام سانحه به عهده داشته باشد ارائه گواهینامه متناسب با نوع وسیله نقلیه و تاییدیه اداره راهنمایی و رانندگی مبنی بر داشتن گواهینامه رانندگی الزامی است.

فصل دوم: تعهدات بیمه گذار

ماده ۵-

بیمه گذار هنگام مبادله قرارداد باید یک نسخه از لیست اسامی (فهرست الکترونیکی) بیمه شدگان حاوی مشخصات کامل آنها شامل: شماره ردیف، نام و نام خانوادگی، نام پدر، تاریخ تولد (روز/ماه/سال) شماره و محل صدور شناسنامه، کد ملی، حالت استخدامی و نوع آن یا به کارگیری را تنظیم و در اختیار بیمه گر قرار دهد. همچنین هر گونه تغییرات در تعداد بیمه شدگان- اعم از افزایش یا کاهش را در همان روز از طریق نمایر به بیمه گر اعلام و در پایان هر ماه لیست جدید را با اعمال تغییرات به بیمه گر ارائه کند. در این صورت تاریخ تاییدیه وصول نمایر بیمه گذار در دبیرخانه بیمه گر، ملاک پوشش بیمه ای خواهد بود و در غیر این صورت ملاک پرداخت غرامت، آخرین اطلاعات دریافتی بیمه گر براساس موارد مذکور در قبل از زمان وقوع خطرات و حوادث مشمول بیمه خواهد بود.

تبصره ۱- مقصود از افزایش عبارتست از اضافه شدن بیمه شدگان به لحاظ استخدام جدید، انتقالی، مأموریت و ... و در مورد کاهش عبارتست از فوت شده، بازخریدی، مستعفی، اخراج شده و ...

تبصره ۲- پوشش بیمه ای کارکنانی که از مرخصی بدون حقوق استفاده می نمایند مشروط بر آنکه حق بیمه مربوط (سهم مستخدم و دستگاه) در طول دوره مرخصی بدون حقوق، بطور مستمر و در موعد زمانی مقرر بطور مستقیم توسط کارکنان مذکور، از طریق دستگاه ذیربط آنان به بیمه معلم پرداخت شود کماکان به قوت خود باقی خواهد بود و لازم است موضوع از قبل به طور کتبی توسط دستگاه متبوع به اطلاع کارکنان موضوع این تبصره برسد. بدیهی است در صورت ایجاد وقفه در پرداخت حق بیمه توسط مستخدم در دوران استفاده از مرخصی بدون حقوق هیچگونه تعهدی در پرداخت غرامت احتمالی به عهده بیمه گر و دستگاه متبوع نیست.

تبصره ۳- بیمه گذار موظف است تا زمان برقراری حقوق بازنشستگی و وظیفه کارکنانی که بازنشسته و از کارافتاده می شوند حق بیمه سهم کارمند را از محل وجوه علی الحساب یا تنخواه در اختیار بیمه گذار پرداخت و پس از برقراری حقوق بازنشستگی حق بیمه سهم بیمه شدگان را از حقوق آنان کسر نماید.

ماده ۶- حق بیمه

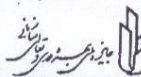
بیمه گذار باید حق بیمه هر یک از کارکنان شاغل و بازنشسته بیمه شده را حداکثر تا پنجم هر ماه در وجه بیمه گر پرداخت نماید.

الف - حق بیمه ماهانه هر یک از بیمه شدگان مبلغ هجده هزار ریال (۱۸۰۰۰ ریال) می باشد که با احتساب ۹٪ مالیات بر ارزش افزوده ۱۹۶۲۰ ریال می باشد.



شرکت سهامی بیمه معلم
www.mic-ir.com

نشانی شعبه اردبیل: بزرگراه شهدا - مابین ایستگاه سرعین و چهارراه حافظ تلفن: ۷۷۲۲۹۵۸ - ۷۷۲۲۹۵۷ کد پستی ۵۶۱۳۶۶۱۱۹۷
نشانی ساختمان مرکزی: تهران - میدان ونک، بلوار شهید حقانی، شماره ۵۶ کد پستی ۱۵۱۷۷۳۵۱۱ صندوق پستی: ۱۹۳۹۵/۶۳۱۴
تلفن: ۲- ۹۸ ۲۱ ۸۸۷۹۵۰۵۱ + تلفن دفتر فنی: ۲- ۹۸ ۲۱ ۸۸۷۸۲۵۵۰ + نمایر: ۹۸ ۲۱ ۸۸۷۷۴۸۵۸ +



گواهی تعهد به تعالی

ISO 9001 - 2000