



سازمان نظام مهندسی ساختمان
شورای مرکزی

بسمه تعالی

تاریخ: ۱۳۹۹/۰۲/۰۸

شماره: ۳۲۷۵۹/س ن

پیوست:

رئیس محترم سازمان نظام مهندسی ساختمان استان (کلیه استانها)

سلام علیکم؛

احتراماً، در راستای ارتقاء سطح کیفی زندگی و ایجاد رفاه نسبی مهندسين عضو و به منظور نیل به اهداف والای قانون و مأموریت ذاتی سازمان، با بهره مندی از توانمندی‌ها و ظرفیت‌های قانونی سازمان تأمین اجتماعی و سازمان نظام مهندسی ساختمان یکی از چالشهای اساسی پیش رو با پیگیری‌های مکرر، برگزاری جلسات متعدد و انعقاد تفاهم نامه و ابلاغ آن در قالب بخشنامه شماره ۶۷۰/۱ «که» به پیوست به حضور ارسال می گردد» به عنوان گام اول به شیوه مناسب حل و فصل شد.

مقتضی است ضمن اطلاع رسانی به تمامی اعضاء محترم، جهت اجرای بخشنامه مذکور اقدامات لازم مبذول فرمائید.

احمد خورنگ مد
رئیس سازمان نظام مهندسی ساختمان





«بخشنامه شماره ۶۷۰/۱ امور بیمه شدگان»

حوزه: معاونت بیمه ای
موضوع: بیمه اعضای سازمان نظام مهندسی ساختمان

مدیران و نمایندگان اجتماعی استان

با سلام

احتراماً: در اجرای بنویسه شماره ۱۱۰۰۰۹۸۰۱۸۴۰ مورخ ۱۳۹۸/۰۸/۲۷، موضوع بند (۱) یک هزار و هشتصد و هفتاد و ششمین صورت جلسه مورخ ۱۳۹۸/۰۸/۱۳ هیات مدیره محترم سازمان، به منظور تغییر ضوابط بیمه توافقی اعضای سازمان نظام مهندسی ساختمان (بخشنامه شماره ۶۷۰ فنی) مقرر گردید، این بخشنامه جایگزین بخشنامه مذکور گردد، لذا در زمینه پیگیری اجرای بیمه اعضای مربوطه، توجه واحدهای اجرایی را به نکات ذیل معطوف می‌دارد:

۱- مسمولین این بخشنامه آن دسته از اعضای سازمان نظام مهندسی ساختمان فاقد رابطه مزدبگیری می باشند که ضمن اشتغال به کار، دارای کارت عضویت معتبر از سازمان مذکور بوده و تحت پوشش مقررات حمایتی خاصی قرار ندانسته باشند. سایر کارکنان که رابطه استخدامی و مزدبگیری با کارگاه‌های ذیربط دارند مشمول بند (الف) ماده (۴) قانون تامین اجتماعی بوده و کارفرمایان مکلفند مطابق مواد (۲۸، ۳۶ و ۳۹) قانون تامین اجتماعی نسبت به پرداخت حق بیمه آنان اقدام نمایند.

بنویسه: سوابق پرداخت حق بیمه قبلی اعضای یادشده در اجرای بخشنامه شماره ۶۷۰ فنی تنفیذ می‌گردد.

۲- سن متقاضی در تاریخ ثبت معرفی‌نامه سازمان نظام مهندسی ساختمان در واحدهای اجرایی سازمان تامین اجتماعی حداکثر «۵۰» سال تمام می‌باشد.

بنویسه: متقاضیانی که قبلاً در اجرای بخشنامه شماره ۶۷۰ فنی مشمول قانون تامین اجتماعی فرار گرفته‌اند، در صورت عدم قطع بیمه پردازی، بدون رعایت شرط سن و سابقه می‌توانند ادامه بیمه پردازی خود را در این چارچوب انجام دهند.

۳- در صورتی که متقاضیان مربوطه دارای سابقه پرداخت حق بیمه قابل قبول نزد سازمان تامین اجتماعی باشند، معادل مدت سابقه پرداخت حق بیمه قبلی جهت ورود به دایره شمول به سقف سنی محاز (۵۰ سال) متقاضی اضافه می‌گردد و در صورت احراز شرایط، بعنوان مشمول پذیرفته می‌شوند.

۴- سازمان نظام مهندسی ساختمان می‌بایست متقاضیان را مطابق فرم پیوست شماره «۱» به واحدهای اجرایی ذیربط معرفی نماید که در این صورت پس از اخذ معرفی‌نامه از سازمان مذکور و ثبت آن در دبیرخانه، واحدهای امور بیمه شدگان مکلف خواهند بود ضمن بررسی اولیه، متقاضی را به منظور ایجاد رابطه بیمه‌ای جدید (تخصیص) به روز رسانی شماره تامین اجتماعی) و همچنین در خصوص افرادی که بیش از ۵۰ سال سن دارند (جهت استعلام سابقه) به واحد



«بخشنامه شماره ۶۷۰/۱ امور بیمه شدگان»

نامنویسی و حساب‌های انفرادی راهنمایی و پس از دریافت پاسخ و درج اطلاعات در سیستم مکانیزه، در صورت احراز شرایط مقرر، مراتب را از طریق فرم پیوست شماره "۳" یا "۲/۱" سریعاً به سازمان یادشده اعلام نماید.

۵- مسئولیت شناسایی، معرفی و یا اعلام خروج افراد از ردیف مشمولین مربوطه به دلایل عدم احراز شرایط عضویت و ... متوجه سازمان نظام مهندسی ساختمان می‌باشد.

۶- مبلغ حق بیمه تعیین شده هر ماه توسط بیمه شده حداکثر تا آخرین روز ماه بعد بر اساس حساب کاربری که واحد اجرایی به تقاضای تخصیص خواهد داد، از طریق درگاه الکترونیکی سازمان تامین اجتماعی به حساب منسوخ سازمان واریز می‌گردد.

نیمه ۵: در خصوص بیمه‌شدگان فعال موضوع بخشنامه شماره ۶۷۰ فنی که معرفی‌نامه جدید آنان در مهلت پرداخت حق بیمه ثبت دبیرخانه سازمان می‌گردد، پرداخت حق بیمه از تاریخ پایان حق بیمه‌های واریزی انجام می‌گردد، لذا به منظور معافیت از تظییع حقوق این گروه از بیمه‌شدگان، سازمان نظام مهندسی ساختمان مکلف است مطابق روال جاری نسبت به دریافت حق بیمه ماه پایانی اجرای بخشنامه ۶۷۰ فنی از بیمه‌شدگان و پرداخت آن به سازمان و صدور معرفی‌نامه جدید قبل از انتهای ماه مذکور اقدام لازم بعمل آورد.

۷- شروع بیمه پردازی هر یک از مشمولین از تاریخ ثبت معرفی‌نامه فرد در واحد اجرایی ذیربط می‌باشد و پذیرش حق بیمه مقابل آن مبسر نخواهد بود.

نیمه ۵: اعتبار معرفی‌نامه افراد به منظور ثبت در واحدهای اجرایی سازمان تامین اجتماعی حداکثر سه ماه از تاریخ صدور می‌باشد که لازم است حق بیمه ماه اول تا آخرین روز ماه بعد در مدت اعتبار معرفی‌نامه مربوطه پرداخت گردد. بدیهی است در صورت عدم پرداخت حق بیمه فرد در بازه زمانی مذکور (دوره سه ماهه)، در صورت تقاضای مجدد تقاضای و احراز شرایط مقرر می‌بایست نسبت به صدور معرفی‌نامه جدید اقدام گردد.

۸- ملاک احتساب سابقه و برقراری حمایت‌های مندرج در قانون تامین اجتماعی برای هر یک از مشمولین، مشروط به پرداخت کامل حق بیمه می‌باشد.

۶- مشمولین این بخشنامه می‌بایست با معرفی سازمان تامین اجتماعی و براساس مفاد بخشنامه‌های ذیربط (چنانچه واجد شرایط انجام معاینات بدو بیمه پردازی باشند)، قبل از پرداخت حق بیمه، به هزینه شخصی مورد معاینه قرار گرفته و میزان توانایی جسمی و روحی آنان برابر ضوابط مقرر مورد سنجش قرار گیرد.

نیمه ۵: چنانچه هر یک از مشمولین مربوطه در معاینات قبل از شروع پرداخت حق بیمه، به واسطه نقص عضو و یک یا چند بیماری از کار افتاده کلی شناخته شوند، امکان معرفی به کمیسیون پزشکی در خصوص موضوع از کار افتادگی اولیه وجود نخواهد داشت و در این خصوص جای هیچ گونه اعتراضی نمی‌باشد.



سازمان تامین اجتماعی

برگال

وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی

شماره: ۱۳۹۸/۱۸/۱۴۱۵۷

تاریخ: ۱۳۹۸/۱۲/۰۱

پوست:

«بخشنامه شماره ۶۷۰/۱ امور بیمه شدگان»

۱۰- خروج بیمه شده با اعلام سازمان نظام مهندسی ساختمان و یا به دلیل عدم پرداخت حق بیمه در مهلت مقرر، به منزله انصراف از پرداخت حق بیمه تلقی می گردد و ادامه بیمه پردازی فرد موصوف منوط به ارایه معرفی نامه جدید و احراز مجدد شرایط مربوطه می باشد.

تصوه ۵۰: پس از انصراف هریک از مشمولین از ادامه پرداخت حق بیمه، مسئولیت درمان این گروه از بیمه شدگان و انفراد تحت تکفل آنان متوجه سازمان تامین اجتماعی نخواهد بود.

۱۱- نرخ حق بیمه معادل ۲۷٪ مبنای پرداخت حق بیمه می باشد.

۱۲- مبنای پرداخت حق بیمه متقاضیانی که ۵ سال و یا کمتر از ۵ سال سابقه پرداخت حق بیمه دارند به انتخاب متقاضی بین ۱/۲ برابر حداقل دستمزد مصوب شورای عالی کار و حداکثر دستمزد مبنای پرداخت حق بیمه در زمان ثبت معرفی نامه در واحد اجرایی مربوطه خواهد بود.

۱۳- مبنای پرداخت حق بیمه متقاضیانی که بیش از ۵ سال سابقه پرداخت حق بیمه دارند بین ۱/۲ برابر حداقل دستمزد مصوب شورای عالی کار تا حداکثر میانگین دستمزد آخرین ۲۶۰ روز قبل از ثبت معرفی نامه در واحد اجرایی به انتخاب متقاضی خواهد بود.

۱۴- مبنای پرداخت حق بیمه کلیه بیمه شدگان مربوطه، در صورت توالی پرداخت در هر سال، متناسب با افزایش دستمزد مبنای پرداخت حق بیمه سالانه افزایش می یابد و در صورت قطع پرداخت حق بیمه، مطابق درخواست جدید و با توجه به سایر شرایط تعیین می گردد.

۱۵- با توجه به اینکه این گروه از بیمه شدگان، فاقد رابطه مزدگیری با مرجع معرفی کننده می باشند، لذا از شمول قانون بیمه بیکاری مصوب ۱۳۶۹/۴/۲۶ مجلس شورای اسلامی خارج بوده و بر این اساس حق بیمه مربوطه (۳٪ مبنای کسر حق بیمه) نیز وصول نخواهد شد.

۱۶- کلیه حمایت های مقرر در ماده (۳) قانون تامین اجتماعی مصوب تیرماه ۱۳۵۴ به استثنای بند «ج» (غرامت دستمزد ایام بیماری و بارداری) با رعایت مقررات مربوطه و تغییرات بعدی به این گروه از بیمه شدگان ارایه خواهد شد.

۱۷- شرایط برقراری و میزان تعهدات کوتاه مدت، مستمری های بازنشستگی، بازنشستگان، از کارافتادگی کلی و همچنین استفاده از خدمات درمانی و بهداشتی با توجه به مفاد این بخشنامه و در چارچوب قانون تامین اجتماعی و تغییرات بعدی آن خواهد بود.

تصوه ۱۱: این گروه از بیمه شدگان از پرداخت فرانشیز در مراکز درمانی ملکی سازمان هستند. بیمه شدگان اجباری معاف می باشند.



سازمان تامین اجتماعی

بسته

وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی

شماره: ۱۳۱۸/۱۲/۰۱

تاریخ: ۱۳۱۸/۱۲/۰۱

پوست

در حال

بخشنامه شماره ۶۷۰/۱ امور بیمه شدگان

توضیح: در صورت بررسی و احراز شرایط برقراری مستمری (بازنشستگی و ازکارافتادگی کلی) می‌بایست مراتب ترک کار و عدم اشتغال، از مرجع معرفی کننده جهت ارائه حمایت های مذکور به سازمان اعلام گردد.

۱۸- متقاضیانی که مشمول بیمه صاحبان حرف و مشاغل آزاد یا ادامه بیمه به طور اختیاری می باشند، در صورت عدم انقطاع در پرداخت حق بیمه می توانند پس از پایان دوره پیش پرداخت، بدون در نظر گرفتن شرایط سن و سابقه مقرر در بندهای (۱) و (۲) این بخشنامه و همچنین بدون انجام معاینه پزشکی (در صورت انجام معاینه پزشکی قبلی و با احراز شرایط مقرر در بخشنامه شماره ۱۰۰۰/۹۸/۱۳۲۰۰ مورخ ۹۲/۱۲/۲۸ و تفسیرات بعدی آن)، با ارائه معرفی نامه از مرجع معرفی کننده و رعایت سایر شرایط مقرر، صرفاً در مرحله تغییر نوع بیمه، در زمره مشمولین قرار گیرند. بدیهی است در صورتی که این افراد پرداخت حق بیمه را بعد از شروع بیمه قطع نمایند، ورود مجدد آنان منوط به رعایت مقررات مطابق بندهای ۱، ۲ و ۳ این بخشنامه خواهد بود.

۱۹- بیمه شدگان مربوطه در صورت تمایل می توانند در هر مرحله نسبت به قطع بیمه بردازی بیمه های توافقی و ادامه پرداخت حق بیمه حسب ضوابط مقرر در چارچوب بیمه صاحبان حرف و مشاغل آزاد، ادامه بیمه به طور اختیاری و ... اقدام نمایند.

۲۰- به منظور تفکیک بیمه شدگان موضوع این بخشنامه از سایر بیمه شدگان / کد فعالیت ۸۲۶۴۱ تخصیص می یابد. لازم به ذکر است نوع ارتباط این قبیل بیمه شدگان در زمان نامنویسی، بیمه پرداز توافقی با گرایش بیمه اعضای سازمان نظام مهندسی ساختمان بوده و نوع سابقه ایجاد کد ۴۴ تحت عنوان گروه های خاص بیمه ای می باشد. (۲- شرکت مشاور مدیریت و خدمات ماشینی تامین موظف است همزمان با صدور این بخشنامه نسبت به ساخت و نصب نرم افزار مربوطه در واحدهای اجرایی اقدام نماید.

مسئول حسن اجرای این بخشنامه مدیران کل بیمه ای، معاونین بیمه ای، روسا و کارشناسان ارشد امور بیمه شدگان، وصول حق بیمه، نامنویسی و حساب های انفرادی و امور مستحری های ادارات کل استان ها و روسا، معاونین و مسئولین ذیربط در شعب خواهند بود.

مصطفی سالاری

مهم‌تر از همه	مهم‌تر از همه	مهم‌تر از همه	مهم‌تر از همه	مهم‌تر از همه
مهر داد قریب	مهدی شکوری	سهراب صفائی	ابراهیم شهابی	افشین امیری



سازمان اسناد و کتابخانه ملی جمهوری اسلامی ایران

پرسشنامه شناسایی و نام نویسی متمرکز مخاطبان

لطفاً عکس را
فقط با چسب
بچسبانیدنوع مخاطب: بیمه شده اصلی بیمه شده تبعی کارفرمای حقیقی

اطلاعات هویتی

نام خانوادگی:		نام:	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
مذهب:	دین:	ملیت: <input type="checkbox"/> ایرانی <input type="checkbox"/> غیر ایرانی	نام پدر:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
وضعیت تأهل:	نسبت:	جنسیت: <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
شماره شناسنامه / گذرنامه:		شماره ملی:	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
سری و سریال شناسنامه:		تاریخ تولد:	
<input type="text"/>		روز ماه سال	
وضعیت: <input type="checkbox"/> انجام خدمت نظام: <input type="checkbox"/> معاف وظیفه: <input type="checkbox"/> عدم انجام خدمت		<input type="text"/>	
محل صدور:	بخش صدور:	شهر محل تولد:	کشور محل تولد:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

نشانی محل سکونت مخاطب

استان:	شهر:	کد پستی:	تاریخ شروع سکونت: / /
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
نشانی:			
کد شهر:	شماره تلفن ثابت:	شماره تلفن همراه:	نشانی الکترونیکی:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

اطلاعات تحصیلی

آخرین مقطع تحصیلی:	سال اخذ مدرک:	رشته تحصیلی:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

اطلاعات آشنایان مخاطب

آشنای اول	نام:	نام خانوادگی:	شماره ملی:	تلفن ثابت:
	تلفن همراه:	شماره بیمه:	نشانی:	
آشنای دوم	نام:	نام خانوادگی:	شماره ملی:	تلفن ثابت:
	تلفن همراه:	شماره بیمه:	نشانی:	

اطلاعات بانکی مخاطب

تاریخ افتتاح حساب:	شماره حساب:	نوع حساب:
/ /	<input type="text"/>	<input type="text"/>
نام بانک:	نام شعبه:	کد شعبه:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

این قسمت توسط کارفرما تکمیل شود

تاریخ استخدام بیمه شده: / /	شغل:	معاینات قبل از استخدام: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد
نام کارفرما:	شماره ملی کارفرما:	شناسه حقوقی کارگاه:
نام کارگاه:	شماره کارگاه:	تلفن کارگاه:
نشانی کارگاه:		
محل امضاء کارفرما		محل درج مهر کارگاه

اطلاعات پروانه اشتغال مخاطب اصلی خارجی

شماره مجوز:	تاریخ مجوز:	شروع دوره:	خاتمه دوره:
-------------	-------------	------------	-------------

اطلاعات بیماری خاص

نوع بیماری خاص: تالاسمی هموفیلی کلیوی تاریخ شروع بیماری خاص: / /

اظهارات مخاطب در خصوص اطلاعات بیمه ای گذشته خود

ردیف	نوع مخاطب (اصلی اتیمی)	شماره بیمه مخاطب اصلی	نام کارگاه	کد کارگاه	دوره ارتباط		شغل	شعبه	استان
					از تاریخ	لغایت تاریخ			
۱									
۲									
۳									
۴									
۵									
...									

تاییدیه مخاطب

اینجناب در تاریخ / / به شعبه مراجعه نموده و ضمن درخواست نامنویسی و دریافت شماره تأمین اجتماعی، صحت اطلاعات فوق را تأیید می نمایم.

محل امضاء: _____
محل درج اثر انگشت: _____

اطلاعات بیمه ای مخاطب و تاییدیه مسئول نامنویسی و حساب های انفرادی

نحوه شناسایی: کارفرما بازرسی عقد قرارداد

نوع ارتباط: بیمه پرداز دریافت کننده خدمت تحت پوشش بیمه شده اصلی بازمانده

نوع بیمه: _____ نوع خدمت: _____ گرایش بیمه / خدمت: _____

درخواست نام نویسی آقای / خانم با توجه به اطلاعات مندرج در این پرسشنامه بررسی و در تاریخ / / شماره تأمین اجتماعی زیر به نامبرده تخصیص داده شد.

مهر و امضاء
مسئول نامنویسی و حساب های انفرادی

این قسمت توسط شعبه تکمیل شود

شماره ۶۷۰ فنی

موضوع: استفاده اعضا سازمان نظام مهندسی ساختمان از خدمات بیمه تأمین اجتماعی

فرم شماره ۱ - درخواست اولیه، متقاضی کمتر از ۵۰ سال سن

سازمان نظام مهندسی ساختمان استان هرمزگان

سلام علیکم

احتراماً، اینجانب با مشخصات زیر درخواست استفاده از خدمات بیمه اعضا سازمان نظام مهندسی ساختمان موضوع بخشنامه شماره ۶۷۰ فنی صندوق تأمین اجتماعی را دارم. لطفاً دستور فرمائید اقدام لازم در خصوص معرفی اینجانب مبذول گردد.

مشخصات متقاضی:

نام: نام خانوادگی: فرزند: تاریخ تولد: / / ۱۳.....

شماره شناسنامه: صادره از: کد ملی:

شماره عضویت سازمان: شماره پروانه اشتغال به کار: رشته:

شماره بیمه تأمین اجتماعی (در صورت داشتن سابقه):

سابق بیمه‌ای قبلی تأمین اجتماعی به شرح پیوست و جمعا به مدت سال و ماه و روز با توجه به اینکه سابقه بیمه اینجانب زیر ۱۰ سال می باشد مبلغ پیشنهادی دستمزد روزانه جهت بیمه ریال می باشد. (حداقل دستمزد ۲۳۷'۴۷۵ ریال و حداکثر ۱'۶۶۲'۳۰۰ می باشد)

شغل: تلفن تماس:

نشانی محل سکونت:

نشانی محل کار:

ضمن تأیید صحت موارد فوق الذکر، در صورت بروز هرگونه وقفه یا عدم بیگیری لازم تا حصول نتیجه توسط اینجانب که منجر به تاخیر در ارسال لیست بیمه ماهیانه گردد مسئولیت پرداخت کلیه خسارات مالی وارده به عهده اینجانب می باشد.

نام - امضاء متقاضی

تاریخ

صحت اطلاعات مرتبط با پروانه اشتغال به کار و عضویت مورد تأیید می باشد نمی باشد.

توضیح:

امور عضویت و پروانه اشتغال

درخواست فوق به شماره مورخ در دبیرخانه سازمان ثبت گردید.

امور اداری سازمان

احتراماً، متقاضی براساس معرفی نامه شماره مورخ به سازمان تأمین اجتماعی جهت انجام پی گیری های بعدی معرفی گردید.

امور رفاهی سازمان