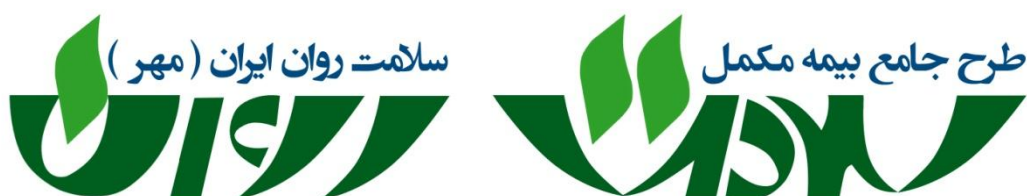


قرارداد انفرادی بیمه گذار (سرپرست خانوار)

طرح جامع بیمه مکمل (تخفیف خدمات)

سلامت روان ایران (مهر)

مشاوره، تشخیص، درمان، آموزش و کارگاه



گسترده‌گی این طرح در سراسر کشور ایران می باشد.

مجرب طرح:

گروه آموزشی و پژوهشی منشور هنر و روانشناسی مهر

و

کانون آگهی و تبلیغات اندیشه سبز

با مجوز رسمی از وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی کشور

شماره مجوز: ۳۰/۱۳۵۷۱/۵۵۶

این قرارداد در ۷ صفحه، با تعداد ۵ ماده و ۲۶ تبصره در دو نسخه تنظیم گردیده است که هر یک حکم واحد را دارد.

ماده یک (طرفین قرارداد):

- این قرارداد به شماره ثبت شده: در مورخ: به اجرا در می آید.
- گروه سلامت روان ایران (مهر) به نمایندگی احمد اخوان عطار به شماره ملی ۳۸۷۴۵۲۳۲۷۶ و آدرس: تهران، میدان رسالت، چهار راه سرسبز، خیابان آیت، پ ۶۶۶، طبقه اول، واحد یک و کد پستی: ۱۶۳۵۹۶۶۱۱۵ به شماره تماس: ۷۷۰۳۲۴۷۰ و همراه: ۰۹۱۰۶۹۶۵۰۱۰ که در این قرارداد به عنوان کارفرما و طرف اول نامیده می‌گردد.
- سرپرست خانوار: آقای/خانم: به نمایندگی: به شماره شناسنامه: و کد ملی: و آدرس منزل: کد پستی: شماره تلفن ثابت منزل: شماره همراه طرف قرارداد: آدرس محل کار: و تلفن محل کار: آدرس ایمیل: (اختیاری)..... شماره تلفنی که روی آن نرم افزار تلگرام (Telegram) دارید: که در این قرارداد پیمانکار و طرف دوم نامیده می‌گردد.

ماده دو (شرایط قرارداد):

- طرف اول موظف است ظرف مدت ۱۵ روز کاری پس از دریافت فرم ثبت نام و مدارک، امور ثبت قرارداد انفرادی سرپرست خانوار را به واحد چاپ ارجاع داده و شماره پیگیری را برای طرف دوم ارسال نماید. (در صورت داشتن آدرس ایمیل فایل مربوطه نیز ارسال می‌گردد).
- طرف دوم موظف است تمامی اطلاعات خواسته شده را در فرمهای مربوطه به دقت و خوانا بنویسد تا موجبات برگشت فرم و تاخیر در دریافت مدارک نگردد.
- طرف دوم موظف است کپی مدارک خواسته شده را طبق هر جدول در انتهای قرارداد پیوست نماید و محل های امضاء را به دقت امضاء نماید. (امضاء ها یک شکل و بدون تغییر باشند).
- طرف دوم موظف است مدارک خواسته شده همچون کپی کارت ملی و تمامی صفحات شناسنامه خود و افراد تحت تکفل خود را به همراه عکس ۴*۳ (برای هر نفر یک عکس پشت نویسی شده) در پاکتی گذاشته و درب آن را چسب بزند.

۸. طرف دوم باید تمامی فرمها و مدارک را در اداره پست داخل پاکت مخصوص پستی گذاشته و به آدرس طرف اول ارسال نماید. (در صورت تمایل می توانید به همان آدرس با شرایط بسته بندی شده حضوراً تحویل نمایید).
۹. طرف دوم موظف است رسید پستی و یا رسید تحویل حضوری را تا زمان دریافت کارت و دفترچه ها نزد خود محفوظ نگاه دارد و در حفظ آن کوشا باشد.

ماده سه) مفاد قرارداد:

۱۰. در این قرارداد گروه سلامت روان ایران (مهر) فقط به عنوان رابط قانونی فی مابین مراجعین و مشاوران می باشد و از این رو نقش بازرسی به عملکرد مشاوران و درمانگران، همچنین رسیدگی به تخلفات مراجعین در حوزه اجرای قرارداد فی مابین بر عهده این گروه می باشد.

موارد مالی و هزینه های چاپی فقط از طریق کانون آگهی و تبلیغات اندیشه سبز به شماره مجوز یاد شده در بالا دریافت می گردد و مسئول خدمات، نگهداری و به روز رسانی وب سایت گروه سلامت روان می باشد. از این رو در صورت مشاهده هرگونه ایراد و یا اختلال در شبکه های نرم افزاری و یا مدارک چاپی باید از طریق شماره تماس: ۴۷۲ ۶۵ ۷۷۲ - ۰۲۱ (پاسخگویی ساعت ۱۰ صبح تا ۱۲ ظهر) مشکلات را اطلاع دهید. همچنین از طریق ایمیل: salamatravan.iran.print@gmail.com میتوانید مستقیماً با واحد چاپ در ارتباط باشید.

۱۱. رعایت نکردن هر یک از موارد مکتوب شده در قرارداد (تمامی بند ها) از سوی طرفین تخلف محسوب می گردد و شرایط پیگیری قضایی را دارد.

۱۲. حقوق تالیفی و تصنیفی این طرح، حق کپی رایت طرح و کلیه حقوق قانونی طرح سلامت روان ایران، انحصاراً مربوط به احمد اخوان عطار می باشد و هیچ فرد دیگری نمیتواند با این چهارچوب (ماهیت طرح، آرم ها، شکل و فرم دفترچه ها و غیره) در سراسر کشور ایران فعالیت نماید. هرگونه سوء استفاده از این طرح خیانت در امانت محسوب گردیده و پیگرد قضایی دارد.

۱۳. در این طرح فقط احمد اخوان عطار، صاحب امتیاز می باشد و طبق شماره حسابی که در ذیل قرارداد مندرج گردیده است مبالغ دریافت می گردد. این شماره حساب مشترک بین اعضاء موسسه می باشد و در تمامی شرایط با هر نوع تغییرات نام صاحب امتیاز در یک قسمت اشتراکات حساب بانکی وجود دارد و خواهد داشت. در غیر این صورت و تغییر هرگونه توضیحات بالا، مبلغ را واریز نفرمایید و مراتب را مستقیماً به اداره بازرسی موسسه (پاسخ شبانه روزی ۰۹۱۰۶۹۶۵۰۱۰) اطلاع دهید. در صورت عدم رعایت موارد فوق مسئولیتی بر عهده صاحب امتیاز و صاحبان حساب نمی باشد.

۱۴. در این قرارداد هر فرد باید دارای یک آدرس معتبر قابل دسترس باشد. آدرس های نامعتبر و غلط تخلف می باشد و پیگرد قضایی دارد.

۱۵. تمامی کلینیکهای موجود در لیست وب سایت گروه سلامت روان ایران (مهر) موظف به ارائه خدمات با دفترچه بیمه مکمل می باشند. از این رو باید هرگونه تخلف و یا عدم اعمال تخفیف را سریعاً به واحد بازرسی و تخلفات به صورت تمام وقت گزارش نمایید. (۰۹۱۰۶۹۶۵۰۱۰)

ماده چهارم فرمهاک ثبت نام:

۱۶. در این قرارداد تنظیم فرم از اهمیت بالایی برخوردار است و باید آن را با دقت بسیار تکمیل نمایید.

۱۷. فرم شماره یک ثبت نام انفرادی سرپرست خانوار

نام و نام خانوادگی:		نام پدر:		شماره شناسنامه:		کدملی:	
محل صدور:		تاریخ تولد:		محل تولد:		مدرک تحصیلی:	
محل خدمت:		عنوان پست سازمانی:		سابقه خدمت:		مرتبه:	
نشانی محل سکونت: (با درج کد پستی)		تلفن:		رشته تحصیلی:			
		تلفن همراه:					
		E-mail :					
نشانی محل کار:		تلفن:					

۱۸. فرم شماره دو ثبت نام انفرادی تحت تکفل سرپرست خانوار

ردیف	نام و نام خانوادگی	نسبت با سرپرست	کدملی	تاریخ تولد	شماره تماس
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					

۱۹. فرم شماره سه ثبت نام افراد والدین تحت تکفل

ردیف	نام و نام خانوادگی	نسبت با سرپرست	کدملی	تاریخ تولد	شماره تماس
۱		پدر مرد			
۲		مادر مرد			
۳		پدر زن			
۴		مادر زن			

۲۰. فرم شماره چهار ثبت نام (تکمیلی) افراد تمامی اعضای خانواده

ردیف	نام و نام خانوادگی	بیمه هایی که هم اکنون دارید	شناسه بیمه	تاریخ بیمه	شرکت بیمه
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					
۶					
۷					
۸					
۹					
۱۰					

۲۱. اینجانب به عنوان سرپرست خانوار تایید می نمایم تمامی مندرجات در چهار جدول بالا به درستی تکمیل گردیده و هرگونه مغایرت در مطالب فوق بر عهده بنده می باشد. بر این اساس مسئولیت حقیقی و حقوقی مندرجات نوشته شده در فرم های بالا را شخصا بر عهده میگیرم.

نام و نام خانوادگی با امضاء و اثر انگشت

ماده پنج) فرمهاک ثبت فیش هاک بانک:

۲۲. در این قرارداد سرپرست خانوار می بایست یکی از ستون های تعرفه ای را بر اساس شرایط قرارداد انتخاب نماید و مبلغ آن را به شماره حساب: ۷۷۸۵۴۳۳۰ جاری همراه نزد بانک رفاه کارگران شعبه دکتر حسابی تهران (کد شعبه: ۱۲۵۸) و یا شماره شبا: IR510130100000000077854330 به نام صاحب حساب ها: احمد اخوان عطار - ساینز مودت و در فیش واریزی بنویسد بابت: بیمه مکمل سلامت روان انفرادی.

۲۳. مبلغ انتخابی طبق جدول زیر فقط برای سرپرست خانوار:

نوع طرح طلایی	درصد تخفیف	مبلغ عضویت سالانه (هر نفر)	تعداد مراجعات در هر ماه	پذیرش خانواده
طلایی-انفرادی-خانواده	۳۵	۶۵۰/۰۰۰	۱۲	با دفترچه دارد
طلایی-انفرادی-یک نفره	۳۵	۶۵۰/۰۰۰	۱۲	ندارد

نوع طرح نقره ای	درصد تخفیف	مبلغ عضویت سالانه (هر نفر)	تعداد مراجعات در هر ماه	پذیرش خانواده
نقره ای-انفرادی-خانواده	۲۵	۴۵۰/۰۰۰	۸	با دفترچه دارد
نقره ای-انفرادی-یک نفره	۲۰	۴۵۰/۰۰۰	۸	ندارد

نوع طرح عمومی	درصد تخفیف	مبلغ عضویت سالانه (هر نفر)	تعداد مراجعات در هر ماه	پذیرش خانواده
عمومی-انفرادی-خانواده	۲۵	۲۵۰/۰۰۰	۴	با دفترچه دارد
عمومی-انفرادی-یک نفره	۲۰	۲۵۰/۰۰۰	۴	ندارد

۲۴. جمع مبلغ ثبت نام دیگر افراد تحت تکفل برای دریافت دفترچه بیمه مکمل و کارت عضویت به قرار هر نفر ۷۹۵۰۰ ریال با احتساب مالیات بر ارزش افزوده و هزینه پست می باشد و به تعداد کل اعضاء در یک فیش بانکی (جمع مبلغ کل افراد تحت تکفل) به شماره حساب: ۷۷۸۵۴۳۳۰ جاری همراه نزد بانک رفاه کارگران شعبه دکتر حسابی تهران (کد شعبه: ۱۲۵۸) و یا شماره شبا: IR510130100000000077854330 به نام صاحب حساب ها: احمد اخوان عطار - ساینز مودت و در فیش واریزی بنویسد بابت: دفترچه بیمه مکمل سلامت روان.

۲۵. تصاویر فیش های بانکی را نزد خود نگاه دارید و اصل فیش ها را (دو فقره) به پیوست قرارداد برای ما ارسال نمایید.

۲۶. تعهدنامه:

اینجانب متعهد میگردم به عنوان سرپرست خانوار در حفظ و نگهداری از دفترچه و کارت عضویت گروه سلامت روان ایران (مهر) کوشا باشم و از هرگونه سو استفاده احتمالی افراد سود جو جلوگیری نمایم. مسئولیت حقیقی و حقوقی آن بر عهده اینجانب می باشد.

نام و نام خانوادگی با امضاء و اثر انگشت

پایان قرارداد.

در صورت تمایل به مشاوره در تکمیل فرم مربوطه می توانید با شماره کارشناس فروش تماس حاصل فرمایید.

کارشناسان فروش:

- ۰۹۲۱۶۹۱۹۰۸۱
- ۰۹۲۱۶۹۱۹۰۸۲
- ۰۹۲۱۶۹۱۹۰۸۳
- ۰۹۲۱۶۹۱۹۰۸۴
- ۰۹۳۶۳۰۰۸۰۳۲
- ۰۹۳۹۳۹۷۲۰۷۰