

## فرم سلامت پزشکی و تعهدنامه مالی بیمه شدگان درمان تکمیلی ،

### عمر و حوادث گروهی اعضای خانه کارگر استان آذربایجان شرقی

بدینوسیله اینجانب.....دارای کدملی..... عضوخانه کارگر تبریز با اطلاع کامل از شرایط بیمه نامه درمان تکمیلی و عمر و حوادث گروهی که آن را مطالعه نموده ام متعهد می شوم که اینجانب و کلیه افراد تحت تکفل اینجانب که تحت پوشش بیمه درمان تکمیلی قرار گرفته ایم دارای هیچ گونه سابقه بیماری و بستری و عمل جراحی در بیمارستان نمی باشیم و با علم به اینکه شرکت بیمه گر طرف قرارداد خانه کارگر هیچ گونه تعهدی در قبال هزینه های درمانی (شامل پاراکلینیکی ، بستری و جراحی) که منشاء آن ها قبل از تاریخ ثبت نام و شروع قرارداد باشد نخواهد داشت و همچنین تحت پوشش بیمه عمر نیز نخواهند بود. نسبت به درخواست ثبت نام اقدام نموده ایم و ثبت نام اینجانب قطعی بوده و امکان انصراف و استرداد حق بیمه واریزی مقدور نمی باشد و از دوره انتظار سه ماهه برای هزینه های پاراکلینیکی و بیمارستانی کلیه بیماریها و نه ماه برای زایمان و هزینه های پاراکلینیکی مربوط به زایمان اطلاع دارم و ضمناً به شرکت بیمه گر طرف قرارداد اجازه داده می شود به منظور بررسی سابقه پزشکی ، هرگونه اطلاعات موردنیاز را از پزشک معالج و یا مراکز درمانی اینجانبان به صورت محرمانه دریافت نماید و ضمناً در صورت عدم پرداخت چک های داده شده توسط اینجانب و عدم تسویه چک ها حداکثر تا ۱۰ روز از تاریخ برگشت ، بیمه نامه اینجانب را فسخ نماید و متعهد به تسویه حق بیمه ایام فسخ می باشم.

آیا جنابعالی و افراد تحت تکفل قبلاً تحت عمل جراحی و یا بستری در بیمارستان قرار گرفته اید؟  بلی  خیر

نوع عمل :.....تاریخ عمل :..... نتیجه عمل :.....

آیا جنابعالی و افراد تحت تکفل دارای سابقه بیماری و یا مصرف دارو هستید ؟  بلی  خیر

نوع بیماری :.....مدت بیماری :..... نوع داروی مصرفی :.....

آیا همسر بیمه شده اصلی باردار می باشند؟  بلی  خیر مدت بارداری به ماه :.....

آیا جنابعالی و افراد تحت تکفل در حال حاضر تحت درمان و یا در حال مصرف دارو هستید ؟  بلی  خیر

نوع بیماری :.....مدت بیماری :..... نوع داروی مصرفی :.....

آیا جنابعالی و افراد تحت تکفل در سال گذشته از بیمه درمان تکمیلی ( بستری ) استفاده کرده اید؟  بلی  خیر

آیا در حال حاضر جنابعالی و افراد تحت تکفل کاملاً سالم هستید ؟  بلی  خیر

در صورت پاسخ منفی علت ، تاریخ و نام پزشک معالج را مرقوم فرمایید.

.....  
.....

((تذکر: بیمه گر هیچ گونه تعهدی در قبال پوشش هزینه های درمانی از قبیل بیماری های مزمن و بیماری های مادرزادی و بای پس معده، انحراف بینی و دیسک ستون فقرات ، سرطان ، قلب و هرگونه بیماری و عمل جراحی که منشاء آنها قبل از ثبت نام و شروع قرارداد باشد، نخواهند داشت.))

امضاء و اثر انگشت

تاریخ

نام و نام خانوادگی :.....