

فرم سلامت پزشکی و تعهدنامه مالی بیمه شدگان درمان تکمیلی عمر و حوادث گروهی اعضای خانه کارگر استان آذربایجان شرقی

بدینوسیله اینجانب..... به کد ملی..... عضو خانه 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 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 نخواهد 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 مورد نیاز 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 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 باشد؟ ☐ 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 جانعالی 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: