



خانه کارگر تشکیلات استان آذربایجان شرقی

(فرم شماره ۲)

فرم ثبت نام بیمه عمر و حوادث گروهی اعضای خانه کارگر تبریز

بیمه شده گرامی:

با توجه به انعقاد قرارداد بیمه عمر و حوادث گروهی خانه کارگر تشکیلات استان آذربایجان شرقی با شرکت سهامی بیمه گر، توجه جنابعالی را به شرایط ذیل جلب می‌نماییم:

۱) اعتبار قرارداد یکساله بوده و منوط به ایفای تعهدات بیمه شده اصلی و پرداخت حق بیمه مقرر می‌باشد.

شروع اعتبار بیمه عمر و حوادث یک ماه پس از واریز حق بیمه و تکمیل فرم ثبت نام می‌باشد.

۲) بر اساس تفاهم نامه بیمه عمر، فوت به علت بیماریهای سرطانی، بیماریهای مزمن کبدی، بیماریهای مزمن

کلیوی، تومورهای مغزی، M.S، سکته‌های قلبی و مغزی، ایدز بیمه شدگان جدید، تحت پوشش بیمه عمر نمی‌باشد.

تبصره: بیمه شدگان تمدیدی به مدت دو سال کامل و متوالی در سنوات گذشته خانه کارگر مشمول بند فوق نمی‌باشند.

فرم ثبت نام

به این وسیله اینجانب فرزند دارنده شناسنامه به شماره صادره متولد

..... کدملی دارای کارت عضویت خانه کارگر به شماره تقاضای پوشش

بیمه عمر و حوادث گروهی را دارم و متعهد پرداخت حق بیمه مقرر می‌باشم و اعلام می‌دارم که در صورت عدم پرداخت حق بیمه، شرکت بیمه گر هیچگونه

تعهدی نخواهد داشت. قد: وزن: طرح (۱) ☐ طرح (۲) ☐

وضعیت تاهل: متاهل ☐ مجرد ☐ شغل: شاغل ☐ بازنشسته ☐

شماره تلفن همراه:

آدرس منزل مسکونی: کدپستی: شماره تلفن:

آدرس محل کار: شماره تلفن:

آیا سال گذشته نیز تحت پوشش بیمه عمر خانه کارگر بوده‌اید؟ ☐ بلی ☐ خیر

آیا جنابعالی قبلاً تحت عمل جراحی و یا بستری در بیمارستان قرار گرفته‌اید؟ ☐ بلی ☐ خیر

نوع عمل: تاریخ عمل: نتیجه عمل:

آیا جنابعالی دارای سابقه بیماری و یا مصرف دارو هستید؟ ☐ بلی ☐ خیر

نوع بیماری: مدت بیماری: نوع داروی مصرفی:

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

نوع بیماری: مدت بیماری: نوع داروی مصرفی:

آیا در حال حاضر جنابعالی کاملاً سالم هستید؟ ☐ بلی ☐ خیر

ضمناً به این وسیله اعلام می‌دارم که استفاده کنندگان از سرمایه بیمه عمر اینجانب در صورت فوت افراد مشروحه ذیل می‌باشند:

ردیف	نام و نام خانوادگی ذینفع (استفاده کننده)	نام پدر	کدملی	نسبت ذینفع با بیمه شده اصلی	سهم ذینفع از سرمایه بیمه (%)
۱					
۲					
۳					
۴					

تاریخ:

امضا و اثر انگشت

اعلام خسارت از طرف بیمه شده به شرکت بیمه حداکثر ظرف مدت دو ماه از تاریخ فوت می‌باشد.

تذکرات: هرگونه تغییر بعدی در تعداد اسامی اعلام شده در جدول فوق یا تغییر سهم آنان می‌بایستی کتباً از طرف بیمه شده به خانه کارگر تبریز اعلام گردد تا ضمیمه این ورقه شود در غیر این صورت مندرجات این ورقه ملاک تقسیم سرمایه بیمه خواهد بود.