



خانه کارگر تشکیلات استان آذربایجان شرقی

(فرم شماره ۱)

فرم ثبت نام بیمه درمان تکمیلی اعضای خانه کارگر و خانواده تحت تکفل آنان

بیمه شده گرامی:

با توجه به انعقاد قرارداد بیمه مزاد درمان گروهی خانه کارگر تشکیلات استان آذربایجان شرقی با شرکت سهامی بیمه گر، توجه جنابعالی را به شرایط ذیل جلب می‌نماید:

- ۱) اعتبار قرارداد یکساله بوده و منوط به ایفای تعهدات توسط بیمه شده اصلی و پرداخت حق بیمه مقرر می باشد.
 - ۲) بیمه گر هیچ تعهدی در قبال هزینه های پزشکی که منشاء آنها قبل از شروع قرارداد باشد از قبیل زایمان ، قلب ، دیسک ستون فقرات، سرطان، بای پس معده، بیماری های مادرزادی و انحراف بینی و ... نخواهد داشت .
 - ۳) با توجه به شرایط خصوصی قرارداد درمان تکمیلی دوره انتظار برای زایمان و هرنوع هزینه پاراکلینیکی و آزمایشگاهی مربوط به زایمان نه ماه و سایر بیماری ها اعم از هرنوع هزینه بیمارستانی و پاراکلینیکی سه ماه می‌باشد.
- یادآوری : بیمه شدگانی که سال گذشته تحت پوشش بیمه درمان تکمیلی خانه کارگر بیمه امید بوده‌اند مشمول دوره انتظار نخواهند بود.

فرم ثبت نام

بدینوسیله اینجانب فرزند دارنده شناسنامه شماره صادره متولد / / ۱۳..... کد ملی دارای کارت عضویت خانه کارگر به شماره و شماره دفترچه بیمه تأمین اجتماعی ، تقاضای پوشش بیمه درمان تکمیلی خانواده را برای خود و افراد تحت تکفل بشرح ذیل می‌نمایم و متعهد پرداخت حق بیمه طبق اطلاعیه‌های صادره می‌باشم. در صورت عدم پرداخت حق بیمه شرکت بیمه گر هیچ‌گونه تعهدی ندارد . قد:..... وزن:..... متقاضی طرح بیمه ای درمان تکمیلی.....

آدرس منزل مسکونی: کدپستی:..... شماره تلفن:.....

آدرس محل کار: شماره تلفن:.....

وضعیت تأهل: متاهل ☐ مجرد ☐ شغل: شاغل ☐ بازنشسته ☐ شماره تلفن همراه:.....

آدرس منزل مسکونی جهت پوشش بیمه آتش سوزی (به طور کامل و خوانا نوشته شود):.....

کدپستی:..... مالک ☐ مستاجر ☐ منزل والدین ☐ مجتمع ☐ آپارتمان ☐ ویلا ☐ شماره تلفن:.....

تبصره : در صورتی که ارزش ساختمان و اثاثیه شما بیش از ارزش اعلامی در بروشور می باشد می توانید نسبت به تهیه بیمه نامه تکمیلی به صورت جداگانه اقدام نمایید. تا مشمول ماده ۱۰ قانون بیمه نشوید.

مشخصات افراد تحت تکفل

ردیف	نسبت با بیمه شده اصلی	نام و نام خانوادگی	تاریخ تولد روز/ماه/سال	کد ملی	جنسیت		شماره شناسنامه	قد	وزن
					مذکر	مونث			
۱	همسر		/ /						
۲	فرزند (۱)		/ /						
۳	فرزند (۲)		/ /						
۴	فرزند (۳)		/ /						
۵	فرزند (۴)		/ /						
۶	پدر (تحت تکفل)		/ /						
۷	مادر (تحت تکفل)		/ /						

- آیا سال گذشته تحت پوشش بیمه درمان خانه کارگر بوده‌اید؟ ☐ بلی ☐ خیر ☐ (کپی کارت درمان سال گذشته ضمیمه شود)
- آیا جنابعالی و افراد تحت تکفل فوق سالم می‌باشند؟ ☐ بلی ☐ خیر ☐ در صورت پاسخ منفی علت، تاریخ و نام پزشک معالج را مرقوم فرمائید.
- آیا همسر بیمه شده اصلی باردار می باشد؟ ☐ بلی ☐ خیر ☐ مدت بارداری به ماه.....

ضمناً اینجانب با اطلاع کامل از شرایط بیمه آتش سوزی و بیمه درمان تکمیلی مکمل خانواده اقدام به ثبت‌نام نموده و متعهد می‌شوم که افراد مشروحه فوق‌الذکر تحت تکفل اینجانب می‌باشند و دارای سابقه بیماری قبلی نمی‌باشیم در غیر این صورت شرکت بیمه تعهدی نخواهد داشت و به شرکت بیمه گر طرف قرارداد خانه کارگر 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. مدت قرارداد یک ساله بوده و حذف و اضافه کردن بیمه شدگان در طول مدت قرارداد بیمه تکمیلی و عودت حق بیمه واریزی امکان پذیر نمی‌باشد.

- حداکثر مهلت اعلام هزینه های درمانی به شرکت بیمه ۲ ماه از تاریخ هزینه می باشد.
- حداکثر مهلت اعلام خسارت آتش سوزی به شرکت بیمه ۵ روز از تاریخ هزینه می باشد.

امضاء و اثر انگشت
تاریخ

نام و نام خانوادگی