

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 تحت عمل جراحی قرار گرفته اید؟ ☐ بلی ☐ خیر

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

*آیا جنابعالی و افراد تحت تکفل سابقه بیماری و یا مصرف داروی خاصی دارید؟ ☐ بلی ☐ خیر

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

*آیا همسر بیمه شده اصلی باردار می باشد؟ ☐ بلی ☐ خیر مدت بارداری به ماه:

*آیا سال گذشته از بیمه درمان تکمیلی (بستری) استفاده نموده اید؟ ☐ بلی ☐ خیر

*آیا در حال حاضر جنابعالی و افراد تحت تکفل 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 اثرانگشت

تاریخ

نام و نام خانوادگی :.....