

**نمونه برگ درخواست عضویت در صندوق بیمه عمر به شرط فوت و از کار افتادگی دائم**

♦ بیمه شده موظف است شخصاً به طور دقیق موارد ذیل را تکمیل کند:

♦ نمونه برگ تکمیل شده بایستی در بایگانی واحد به صورت محفوظ نگهداری شود.

نام و نام خانوادگی	مرد <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/>	قد	وزن	تاریخ تولد	شماره شناسنامه	محل صدور
	زن <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/>					
نام پدر	تاریخ استخدام	شماره کارمندی	حقوق ماهیانه	سمت و مقام استخدامی		

**جدول پرسش های پزشکی**

آیا به بیماری های زیر دچار بوده و یا هستید؟ جواب خود را با علامت (x) در ستون مربوط مشخص کنید.

ردیف	بیماری	بله	خیر	ردیف	بیماری	بله	خیر
۱	قلب			۷	تومور		
۲	فشار خون			۸	مغز و اعصاب		
۳	دیابت			۹	ریه و تنفس		
۴	اعتیاد			۱۰	کلیه و مجاری		
۵	ایدز			۱۱	خونی		
۶	سرطان			۱۲	استخوان و مفاصل		
				۱۳	داخلی و غدد		
				۱۴	گوارش و هاضمه		
				۱۵	سایر بیماریها		
				۱۶	حادثه و مصدومیت		
				۱۷	نواقص جسمی و عضوی		
				۱۸	بیماری خانوادگی وارثی		

در صورت نیاز به توضیح موارد فوق و یا موارد دیگر\* و سابقه جراحی های قبلی لطفاً به صورت مشروح اعلام فرمائید.

به کدامیک از ورزشها می پردازید؟

آیا اشتغال شما به ورزش جنبه حرفه ای دارد؟  بله  خیر

در حال حاضر پیشنهاد بیمه عمر در جریان صدور و یا بیمه عمر حوادث انفرادی دیگری دارید؟  بله  خیر

در صورت مثبت بودن جدول زیر را تکمیل فرمائید.

نام بیمه	سرمایه بیمه	نام شرکت

نسخه اصلی: امور کارکنان واحد (درج در پرونده متقاضی)

**ذینفعان سرمایه در صورت فوت بیمه شده**

ردیف	نام و نام خانوادگی	نام پدر	شماره شناسنامه	تاریخ تولد	نسبت استفاده کننده با بیمه شده	درصد استفاده از سرمایه عمر

بدین وسیله اینجانب بدین وسیله اینجانب با اطلاع از کلیه مقررات و ضوابط مربوط به این نوع پوشش بیمه‌ای، تعهد می‌نمایم که کلیه اطلاعات و مطالب مندرج در کمال حسن نیت، رضایت و به طور صحیح اعلام شده و تقاضا دارم نسبت به پوشش بیمه‌ای اقدام و حق بیمه متعلقه را از حقوق ماهانه اینجانب کسر و برداشت کنند.

**اثر انگشت:**

**امضاء بیمه شده:**

**تاریخ:**

بدین وسیله گواهی می‌شود که این نمونه برگ توسط بیمه شده خانم/آقای  
 در حضور خانم/آقای دبیر کمیته بیمه و رفاه واحد امضاء شده است.

**امضاء:**                      **تاریخ:**