

تاریخ:
شماره:

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

♦ عضو صندوق 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"/>	زن <input type="checkbox"/> متأهل <input type="checkbox"/>	قد	وزن	تاریخ تولد	شماره شناسنامه	محل صدور
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	نومور		
۲	فشارخون			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 دندان		
				۱۴	گوارش و هاضمه		
				۱۵	سایر بیماریها		
				۱۶	حادثه و مصدومیت		
				۱۷	نوائس جسمی و عضوی		
				۱۸	بیماری خانوادگی وارسی		

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 پوشش عمر در جریان صدور و یا پوشش عمر حوادث انفرادی دیگری دارید؟ بله خیر

در صورت مثبت بودن جدول زیر را تکمیل فرمائید.

نوع پوشش عمر	سرمایه پوشش عمر	نام شرکت

۵۳/۱۲۶

ذینفعان سرمایه در صورت فوت عضو صندوق

ردیف	نام و نام خانوادگی	نام پدر	شماره شناسنامه	تاریخ تولد	نسبت استفاده کننده با عضو صندوق	در صورت استفاده از سرمایه عمر

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

تاریخ: امضاء عضو صندوق: اثر انگشت:

بدین وسیله گواهی می‌شود که این نمونه برگ توسط عضو صندوق خانم/آقای
 در حضور خانم/آقای دبیر کمیته رفاهی واحد امضاء شده است.

امضاء: تاریخ: