



کمک‌رسان ایران

Iran Assistance

درخواست عضویت

لطفا این درخواست را با خط خوانا نوشته و به کلیه سوالات پاسخ کامل دهید و با درج تاریخ، امضاء نموده و همراه با دو قطعه عکس ۳ × ۴ با درج نام و نام خانوادگی در ظهر آن و فتوکپی شناسنامه هر یک از متقاضیان برای کمک‌رسان ارسال نمایید.  
در صورت پذیرش عضویت، این درخواست و اطلاعات مندرج در آن به عنوان بخش لاینفک قرارداد عضویت محسوب می‌شود.  
لطفا قبل از تکمیل درخواست، قرارداد عضویت را مطالعه فرمایید.

در این قسمت چیزی ننویسید

تاریخ

کد

کد کارفرما

شماره

ملاحظات:

سرپرست:

نام و نام خانوادگی	نام پدر	شماره شناسنامه	تاریخ تولد
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
وضعیت تاهل	تعداد فرزندان	نشانی	کد پستی
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
شغل	محل کار	تلفن محل کار	تحصیلات
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
کد ملی	تلفن منزل	تلفن همراه	پست الکترونیکی
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

خانواده:

نام و نام خانوادگی	نام پدر	شماره شناسنامه	تاریخ تولد	جنسیت
همسر	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
فرزند	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
فرزند	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
فرزند	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

در این قسمت چیزی ننویسید

تماس اضطراری	نام:	تلفن:	معرف:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

بیمه درمانی تحت پوشش	ملاحظات:
<input type="text"/>	<input type="text"/>

بدینوسیله تایید می‌گردد که مشخصات متقاضیان نامبرده با مدارک موجود در این شرکت مطابقت دارد و این شرکت متعهد پرداخت حق عضویت نامبردهگان به شرح عنوان شده می‌باشد.

نام شرکت:	تاریخ:	مهر و امضاء مجاز:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

کارفرما  
عضو

## لطفا به کلیه سئوالات پاسخ کامل دهید

● آیا هیچ یک از متقاضیان قبلا عضو کمک رسان بوده اند؟

خیر  بله  شرح دهید:

● آیا هیچ یک از متقاضیان عضویت تاکنون در بیمارستان بستری شده اند؟

خیر  بله  شرح دهید:

نام	بیمارستان	نام بیماری	تاریخ بستری	وضعیت فعلی

● آیا هیچ یک از متقاضیان عضویت در ۵ سال گذشته به پزشک متخصص مراجعه کرده اند؟

خیر  بله  شرح دهید:

نام	نام و تخصص پزشک	نام بیماری ، علت مراجعه	تاریخ مراجعه	وضعیت فعلی

● آیا هیچ یک از متقاضیان عضویت به هیچ نوع بیماری از قبیل قلب و شرایین ، فشار خون ، قند، کلیه و مجاری ادرار، زنان، استخوان، دستگاه گوارش، فتق، چشم، نقص عضو، بیماری های

خیر  بله  شرح دهید:

مادرزادی، سرطان و سایر بیماری ها مبتلا بوده یا می باشند؟

نام	بیماری	مدت ابتلا به بیماری	درمان انجام شده	وضعیت فعلی

اینجانب متقاضی عضویت برای خود و نامبردگان یادشده در این درخواست می باشم و با مطالعه قرارداد عضویت کمک رسان، ملحق به این درخواست، از مزایا، شرایط و محدودیت های عضویت اطلاع کامل دارم. گواهی می نمایم که در پاسخ به کلیه سئوالات، اظهاراتم مبتنی بر حقیقت کامل می باشد و آگاه هستم اظهارات خلاف واقع، کاذب یا کتمان حقایق درمورد کلیه سئوالات موجب سلب مسئولیت کمک رسان در عرضه خدمات موضوع قرارداد عضویت خواهد شد. بدینوسیله به منظور بررسی سابقه پزشکی به کمک رسان اجازه داده می شود هرگونه اطلاعات لازم را از پزشک معالج اینجانب و سایر متقاضیان نامبرده در این درخواست به صورت محرمانه دریافت نماید. امضاء این قرارداد در حکم قبول قرارداد عضویت کمک رسان از طرف اینجانب و سایر متقاضیان یاد شده در این درخواست می باشد.

همچنین موافقت می نمایم در صورت تشخیص کمک رسان خود و نامبردگان بالا به هزینه خود نزد پزشک معتمد کمک رسان معاینه پزشکی شوم.

بعلاوه بدین وسیله به کمک رسان اختیار و وکالت می دهم تا نسبت به تعیین و عقد قرارداد مشاوره حقوقی با یک یا چند وکیل دادگستری اقدام نماید تا در صورت لزوم از خدمات حقوقی و مشاوره حقوقی ایشان بهره مند گردم.

پزشک خانواده:

نام:

تخصص:

شماره تلفن:

مخصوص نماینده:

تاریخ:

امضاء: