

فرم درخواست تغییرات در بیمه نامه عمر انفرادی

بیمه گذار محترم، خواهشمند است موارد مندرج در این فرم را با دقت و به صورت خوانا تکمیل فرمایید.

شماره بیمه نامه:		تاریخ شروع بیمه نامه:		نوع محصول:		تاریخ درخواست:	
بیمه شده	نام و نام خانوادگی:	کدملی:	تاریخ تولد:	تلفن همراه (الزامی):	تاریخ درخواست:		
	شغل فعلی بیمه شده:	شغل قبلی بیمه شده:	نسبت بیمه گذار با بیمه شده:				
نوع درخواست	اینجانب به کدملی شغل:، بیمه گذار بیمه نامه شماره						
	تقاضای اعمال تغییرات زیر را در بیمه نامه خود دارم:						
این قسمت توسط بیمه گذار و بیمه شده تکمیل می گردد	<input type="checkbox"/> ۱- تغییر نحوه پرداخت حق بیمه از (.....) به (.....)		<input type="checkbox"/> ۲- تغییر مبلغ حق بیمه سالانه از (.....) به (.....)				
	<input type="checkbox"/> ۳- تغییر ضریب تعدیل حق بیمه (اعمال تغییر از ابتدای سال بیمه ای بعد) از (.....) به (.....)		<input type="checkbox"/> ۴- تغییر ضریب تعدیل سرمایه فوت (اعمال تغییر از ابتدای سال بیمه ای بعد) از (.....) به (.....)				
	<input type="checkbox"/> ۵- تغییر مبلغ سرمایه فوت (رضایت و امضای بیمه شده ضروری است) از (.....) به (.....)		<input type="checkbox"/> ۶- تغییر شغل بیمه شده از (.....) به (.....)				
	<input type="checkbox"/> ۷- تغییر ذینفعان (استفاده کنندگان) (رضایت و امضای بیمه شده ضروری است) از (.....) به (.....)						
	ذینفع حیات:						
	ذینفع فوت (کدملی / نام پدر / نسبت با بیمه شده / میزان سهم / اولویت):						
	<input type="checkbox"/> ۸- حذف، اضافه یا تغییر سایر پوشش های تکمیلی حذف اضافه تغییر						
	<input type="checkbox"/> پوشش فوت ناشی از حادثه (یک برابر)		<input type="checkbox"/> پوشش فوت ناشی از حادثه (دو برابر)		<input type="checkbox"/> سه برابر		
	<input type="checkbox"/> پوشش نقص عضو و ازکار افتادگی ناشی از حادثه		<input type="checkbox"/> پوشش هزینه پزشکی ناشی از حادثه		<input type="checkbox"/> درصد		
	<input type="checkbox"/> پوشش معافیت از پرداخت حق بیمه در اثر ازکارافتادگی		<input type="checkbox"/> پوشش معافیت از پرداخت حق بیمه در اثر فوت		<input type="checkbox"/> پوشش دریافت مستمری در صورت ازکارافتادگی		
<input type="checkbox"/> ۹- سایر تغییرات مطابق توضیحات زیر:							
بیمه گذار بیمه شده	بدینوسیله گواهی می گردد اینجانب اطلاعات مندرج در فرم را به درستی و در کمال دقت تکمیل نموده ام. همچنین با اطلاع از شرایط پیشنهادی در این فرم موافقت خود را در ارتباط با تمامی مفاد آن اعلام می دارم.						
	نام و نام خانوادگی / تاریخ امضا بیمه گذار:		نام و نام خانوادگی / تاریخ امضا بیمه شده:				
تأیید درخواست و احراز هویت (شعبه، نمایندگی)	اینجانب کد ضمن احراز هویت بیمه گذار محترم، سرکار خانم/جناب آقای و ارائه اطلاعات و توضیحات کافی درخصوص تبعات تغییرات مورد درخواست، انجام تغییرات مورد نظر را مطابق درخواست مشروحه فوق در بیمه نامه عمر انفرادی ایشان به شماره با کد رایانه تأیید می نمایم.						
	نام و نام خانوادگی کارشناس صدور:			نام و نام خانوادگی نماینده / کارگزار:			
تاریخ، مهر و امضا:			تاریخ، مهر و امضا:				
تذکرات	تذکره ۱: مسئولیت هرگونه تبعات حقوقی ناشی از سوءاستفاده های احتمالی ناشی از مندرجات درخواستی در این فرم به عهده نمایندگی بیمه خواهد بود.						
	تذکره ۲: کلیه درخواست هایی که منجر به تغییر حق بیمه می شود از ابتدای سال بیمه ای جدید اعمال خواهد شد.						
ستاد	نظر کارشناس مسئول:						
	امضا کارشناس مسئول:			تأیید مدیریت:			