

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: کد ملی: تاریخ تولد: ۱۳ / / تلفن همراه (الزامی): شغل فعلی بیمه شده: شغل قبلی بیمه شده: نسبت بیمه گذار با بیمه شده: انجام ورزش های حرفه ای/فعالیت های جانبی:			
نوع درخواست	اینجانب به کد ملی شغل:، بیمه گذار بیمه نامه شماره تقاضای اعمال تغییرات زیر را در بیمه نامه خود دارم:			
بیمه گذار/بیمه شده	۱- تغییر نحوه پرداخت حق بیمه از (.....) به (.....) ۲- تغییر مبلغ حق بیمه سالانه از (.....) به (.....) ۳- تغییر ضریب تعدیل حق بیمه (اعمال تغییر از ابتدای سال بیمه ای بعد) از (.....) به (.....) ۴- تغییر ضریب تعدیل سرمایه فوت (اعمال تغییر از ابتدای سال بیمه ای بعد) از (.....) به (.....) ۵- تغییر مبلغ سرمایه فوت (رضایت و امضای بیمه شده ضروری است) از (.....) به (.....) ۶- تغییر شغل بیمه شده <input type="checkbox"/> بیمه گذار از (.....) به (.....) ۷- تغییر ذینفعان (استفاده کنندگان) (رضایت و امضای بیمه شده ضروری است) ذینفع حیات: ذینفعان فوت (کد ملی / نام پدر / نسبت با بیمه شده / میزان سهم / اولویت):			
تأیید درخواست و احراز هویت بیمه گذار	۸- <input type="checkbox"/> حذف، اضافه یا تغییر سایر پوشش های تکمیلی حذف اضافه تغییر <input type="checkbox"/> پوشش فوت ناشی از حادثه (<input type="checkbox"/> یک برابر <input type="checkbox"/> دو برابر <input type="checkbox"/> سه برابر) <input type="checkbox"/> پوشش نقض عضو و از کار افتادگی ناشی از حادثه <input type="checkbox"/> درصد <input type="checkbox"/> پوشش هزینه پزشکی ناشی از حادثه <input type="checkbox"/> پوشش امراض خاص <input type="checkbox"/> پوشش معافیت از پرداخت حق بیمه در اثر از کار افتادگی <input type="checkbox"/> بیمه شده <input type="checkbox"/> بیمه گذار <input type="checkbox"/> پوشش معافیت از پرداخت حق بیمه در اثر فوت <input type="checkbox"/> بیمه شده <input type="checkbox"/> بیمه گذار <input type="checkbox"/> پوشش دریافت مستمری در صورت از کار افتادگی <input type="checkbox"/> بیمه شده <input type="checkbox"/> بیمه گذار ۹- سایر تغییرات مطابق توضیحات زیر:			
تذکرات	تذکر ۱: مسئولیت هرگونه تبعات حقوقی ناشی از سوءاستفاده های احتمالی ناشی از مندرجات درخواستی در این فرم به عهده نمایندگی بیمه خواهد بود. تذکر ۲: کلیه درخواست هایی که منجر به تغییر حق بیمه می شود از ابتدای سال بیمه ای جدید اعمال خواهد شد.			

این قسمت توسط بیمه گذار و بیمه شده تکمیل می گردد