

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:																												
<p>نام و نام خانوادگی: کد ملی: تاریخ تولد: ۱۴ / / تلفن همراه (الزامی):</p> <p>شغل فعلی بیمه شده: شغل قبلی بیمه شده: نسبت بیمه گذار با بیمه شده:</p> <p>انجام ورزش های حرفه ای / فعالیت های جانبی:</p>	<p>اینجانب به کد ملی شغل:، بیمه گذار بیمه نامه شماره تقاضای اعمال تغییرات زیر را در بیمه نامه خود دارم:</p> <p>۱- تغییر نحوه پرداخت حق بیمه از (.....) به (.....)</p> <p>۲- تغییر مبلغ حق بیمه سالانه از (.....) به (.....)</p> <p>۳- تغییر ضریب تعدیل حق بیمه (اعمال تغییر از ابتدای سال بیمه ای بعد) از (.....) به (.....)</p> <p>۴- تغییر ضریب تعدیل سرمایه فوت (اعمال تغییر از ابتدای سال بیمه ای بعد) از (.....) به (.....)</p> <p>۵- تغییر مبلغ سرمایه فوت (رضایت و امضای بیمه شده ضروری است) از (.....) به (.....)</p> <p>۶- تغییر شغل بیمه شده <input type="checkbox"/> بیمه گذار از (.....) به (.....)</p> <p>۷- تغییر ذینفعان (استفاده کنندگان) (رضایت و امضای بیمه شده ضروری است) از (.....) به (.....)</p> <p>ذینفع حیات:</p> <p>ذینفعان فوت (کد ملی / نام پدر / نسبت با بیمه شده / میزان سهم / اولویت):</p> <p><input type="checkbox"/> ۸- حذف، اضافه یا تغییر سایر پوشش های تکمیلی</p> <p style="text-align: center;">حذف اضافه تغییر</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>پوشش فوت ناشی از حادثه (<input type="checkbox"/> یک برابر <input type="checkbox"/> دو برابر <input type="checkbox"/> سه برابر)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>پوشش نقض عضو و از کار افتادگی ناشی از حادثه <input type="checkbox"/> درصد</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>پوشش هزینه پزشکی ناشی از حادثه</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>پوشش امراض خاص <input type="checkbox"/> ۵ بیماری <input type="checkbox"/> ۲۱ بیماری</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>پوشش معافیت از پرداخت حق بیمه در اثر از کار افتادگی <input type="checkbox"/> بیمه شده <input type="checkbox"/> بیمه گذار</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>پوشش معافیت از پرداخت حق بیمه در اثر فوت <input type="checkbox"/> بیمه شده <input type="checkbox"/> بیمه گذار</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>پوشش دریافت مستمری در صورت از کار افتادگی <input type="checkbox"/> بیمه شده <input type="checkbox"/> بیمه گذار</td> </tr> </table> <p>۹- سایر تغییرات مطابق توضیحات زیر:</p>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	پوشش نقض عضو و از کار افتادگی ناشی از حادثه <input type="checkbox"/> درصد	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	پوشش هزینه پزشکی ناشی از حادثه	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	پوشش امراض خاص <input type="checkbox"/> ۵ بیماری <input type="checkbox"/> ۲۱ بیماری	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	پوشش دریافت مستمری در صورت از کار افتادگی <input type="checkbox"/> بیمه شده <input type="checkbox"/> بیمه گذار
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	پوشش نقض عضو و از کار افتادگی ناشی از حادثه <input type="checkbox"/> درصد																												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	پوشش هزینه پزشکی ناشی از حادثه																												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	پوشش امراض خاص <input type="checkbox"/> ۵ بیماری <input type="checkbox"/> ۲۱ بیماری																												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	پوشش دریافت مستمری در صورت از کار افتادگی <input type="checkbox"/> بیمه شده <input type="checkbox"/> بیمه گذار																												
<p>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.</p> <p>نام و نام خانوادگی / تاریخ / امضا بیمه گذار:</p> <p>نام و نام خانوادگی / تاریخ / امضا بیمه شده:</p>	<p>اینجانب کد ضمن احراز هویت بیمه گذار محترم، سرکار خانم / جناب آقای و ارائه اطلاعات و توضیحات کافی در خصوص تبعات تغییرات مورد درخواست، انجام تغییرات مورد نظر را مطابق درخواست مشروطه فوق در بیمه نامه عمر انفرادی ایشان به شماره تایید می نمایم.</p> <p>نام و نام خانوادگی کارشناس صدور: تاریخ، مهر و امضا:</p> <p>نام و نام خانوادگی نماینده / کارگزار: تاریخ، مهر و امضا:</p>																														
<p>نکته ۱: مسئولیت هرگونه تبعات حقوقی ناشی از سواستفاده های احتمالی ناشی از مندرجات درخواستی در این فرم به عهده نمایندگی بیمه خواهد بود.</p> <p>نکته ۲: کلیه درخواست هایی که منجر به تغییر حق بیمه می شود از ابتدای سال بیمه ای جدید اعمال خواهد شد.</p>	<p>نکته ها</p>																														

این قسمت توسط بیمه گذار و بیمه شده تکمیل می گردد