

فرم درخواست الحاقیه تغییرات در بیمه نامه عمر

بیمه گذار محترم ، خواهشمند است به موارد مندرج در این فرم با دقت و به صورت خوانا پاسخ دهید.

شماره بیمه نامه:		کد رایانه:		تاریخ صدور بیمه نامه: / / ۱۳	
این قسمت توسط بیمه گذار تکمیل می گردد	نوع درخواست	اینجانب ، به شماره ملی..... بیمه گذار بیمه نامه شماره تقاضای اعمال تغییرات ذیل را در بیمه نامه خود دارم.			
		<p>۱□ تغییر نحوه پرداخت حق بیمه (از به)</p> <p>۲□ تغییر مبلغ قسط حق بیمه (از به)</p> <p>۳□ تغییر درصد افزایش سالانه حق بیمه (از به)</p> <p>۴□ تغییر درصد افزایش سالانه سرمایه فوت (از به)</p> <p>۵□ تغییر سرمایه فوت (رضایت و امضای بیمه شده ضروری است) (از به)</p> <p>۶□ تغییر سرمایه فوت در اثر حادثه (رضایت و امضای بیمه شده ضروری است) (از به)</p> <p>۷□ حذف، اضافه پوشش نقص عضو</p> <p>۸□ حذف ، اضافه پوشش هزینه پزشکی (درج تغییرات شغلی الزامیست)</p> <p>۹□ حذف، اضافه پوشش معافیت از پرداخت حق بیمه</p> <p>۱۰□ حذف ، اضافه پوشش مستمری بیکاری</p> <p>۱۱□ حذف، اضافه پوشش امراض خاص</p> <p>۱۲□ تغییر ذینفعها (استفاده کنندگان)</p> <p>۱۳□ تغییر بیمه گذار(با درخواست بیمه شده (که اهلیت دارد) و درج امضای بیمه گذار جدید و تلفن همراه الزامیست)</p> <p>(لطفا در صورت هرگونه ایجاد تغییر در شغل و آدرس ، تلفن همراه و اقدام به ورزشهای حرفه ایی مراتب برای تحلیل ریسک توسط بیمه گر اعلام گردد)</p>			
گواهی بیمه گذار / بیمه شده	<p>بدینوسیله گواهی می گردد که اطلاعات مندرج در فرم را با صحت و دقت تکمیل نموده ام. ضمنا 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 و امضاء بیمه گذار</p> <p>نام و نام خانوادگی، تاریخ و امضاء بیمه شده</p>				
تأیید درخواست و احراز هویت بیمه گذار (شعبه ، نمایندگی)	<p>اینجانب کد ضمن احراز هویت بیمه گذار محترم، و ارائه اطلاعات و توضیحات کافی در خصوص 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.</p> <p>کارشناس شعبه/نمایندگی تاریخ، مهر و امضاء</p>				
تذکرات	<p>تذکر ۱: مسئولیت نحوه تکمیل و اطلاع بیمه شده از مفاد درخواست در این فرم به عهده نمایندگی / کارگزاری خواهد بود.</p> <p>تذکر ۲: کلیه درخواست ها برای اعمال تغییرات از ابتدای سال بیمه ای جدید (آتی) و بشرط عدم وجود اقساط لاوصول امکان پذیر است .</p> <p>تذکر ۳: در صورت درخواست هرگونه پوشش اضافی تکمیل فرم اظهار سلامت توسط بیمه گذار و بیمه شده الزامیست.</p>				