

فرم درخواست الحاقیه تغییرات در بیمه‌نامه عمر

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

| | | | |
|--|-------------|---|--------|
| شماره بیمه‌نامه: | کد رایانه: | تاریخ صدور بیمه‌نامه: | ۱۳ / / |
| این قسمت توسط بیمه‌گذار تکمیل می‌گردد | بیمه‌گذار | نام و نام خانوادگی: کد ملی: تاریخ درخواست: ۱۳ / / | |
| | نوع درخواست | تلفن (ثابت با ذکر کد شهر): تلفن همراه (الزامی): | |
| <p>اینجانب، به شماره ملی بیمه‌گذار بیمه‌نامه شماره تقاضای اعمال تغییرات ذیل را در بیمه‌نامه خود دارم.</p> <p> <input type="checkbox"/> (۱) تغییر نحوه پرداخت حق بیمه به (از به) <input type="checkbox"/> (۲) تغییر مبلغ قسط حق بیمه (از به) <input type="checkbox"/> (۳) تغییر درصد افزایش سالانه حق بیمه (از به) <input type="checkbox"/> (۴) تغییر درصد افزایش سالانه سرمایه فوت (از به) <input type="checkbox"/> (۵) تغییر مبلغ سرمایه فوت (رضایت و امضای بیمه‌شده ضروری است) (از به) <input type="checkbox"/> (۶) تغییر سرمایه فوت در اثر حادثه (رضایت و امضای بیمه‌شده ضروری است) (از به) <input type="checkbox"/> (۷) تغییر ذینفعها (استفاده‌کنندگان) (رضایت و امضای بیمه‌شده ضروری است) (از به) <input type="checkbox"/> (۸) تغییر بیمه‌گذار (رضایت و امضای بیمه‌شده ضروری است) (از به) <input type="checkbox"/> (۹) حذف، اضافه یا تغییر سایر پوشش‌های تکمیلی (مطابق توضیحات ذیل) (از به) <input type="checkbox"/> (۱۰) سایر تغییرات (از به) </p> | | | |
| <p>بدينوسيله گواهي مي‌گردد كه اطلاعات مندرج در فرم را با صحت و دقت تکمیل نموده‌ام. ضمناً با اطلاع از شرایط پیشنهادی در این فرم موافقت خود را در ارتباط با تمامی مفاد آن اعلام می‌دارم.</p> <p style="text-align: center;">نام و نام خانوادگی، تاریخ و امضاء بیمه‌گذار نام و نام خانوادگی، تاریخ و امضاء بیمه‌شده</p> | | | |
| گواهی بیمه‌گذار / بیمه‌شده | | | |
| <p>شعبه / <input type="checkbox"/> نمایندگی کد: تلفن:</p> <p>اینجانب کد ضمن احراز هویت بیمه‌گذار محترم، سرکار خانم/جناب آقای و ارائه اطلاعات و توضیحات کافی در خصوص تبعات تغییرات مورد درخواست، انجام تغییرات مورد نظر را مطابق درخواست مشروحه فوق در بیمه‌نامه عمر انفرادی ایشان به شماره با کد رایانه تایید می‌نمایم.</p> <p style="text-align: center;">کارشناس شعبه / نمایندگی تاریخ، مهر و امضاء</p> | | | |
| تایید در خواست و احراز هویت (شعبه، نمایندگی) | | | |
| <p>تذکر ۱: مسئولیت هرگونه تبعات حقوقی ناشی از سوء استفاده‌های احتمالی ناشی از مندرجات درخواستی در این فرم به عهده نمایندگی بیمه خواهد بود. تذکر ۲: کلیه درخواست‌هایی که منجر به تغییر حق بیمه می‌شود از ابتدای سال بیمه‌ای جدید اعمال خواهد شد.</p> | | | |
| تذکرات | | | |
| <p style="text-align: right;">نظر کارشناس مسئول:</p> <p style="text-align: center;">امضاء کارشناس مسئول</p> <p style="text-align: center;">تأیید مدیریت</p> | | | |
| ستاد | | | |