



(سهامی عام)

شماره شناسایی: PI31F007  
شماره بازنگری: 00  
تاریخ:  
شماره رهگیری:

## فرم درخواست الحاقیه تغییرات در بیمه نامه عمر انفرادی

● درخواست بیمه گذار: اینجانب، ..... به شماره ملی .....، بیمه گذار بیمه نامه شماره ..... تقاضای اعمال تغییرات ذیل را در بیمه نامه خود دارم.

● مشروح درخواست (لطفا خوانا، دقیق و کامل توضیح دهید):

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

نام و نام خانوادگی بیمه گذار: نام و نام خانوادگی بیمه شده:

تاریخ و امضاء بیمه گذار: تاریخ و امضاء بیمه شده:

● تایید نمایندگی: اینجانب ..... نمایندگی 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 مشروحه فوق در بیمه نامه عمر انفرادی ایشان به شماره ..... تایید می نمایم.

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> (۱) تغییر نحوه پرداخت حق بیمه  | <input type="checkbox"/> (۲) تغییر مبلغ قسط حق بیمه   |
| از ..... به .....   | از ..... به .....   |
| <input type="checkbox"/> (۳) تغییر درصد افزایش سالانه حق بیمه                                   | <input type="checkbox"/> (۴) تغییر درصد افزایش سالانه سرمایه                                  |
| از ..... به .....   | از ..... به .....   |
| <input type="checkbox"/> (۵) تغییر مبلغ سرمایه فوت (رضایت و امضای بیمه شده ضروری است)           | <input type="checkbox"/> (۶) تغییر سرمایه فوت در اثر حادثه (رضایت و امضای بیمه شده ضروری است) |
| از ..... به .....   | از ..... به .....   |
| <input type="checkbox"/> (۷) تغییر ذینفعها (استفاده کنندگان) (رضایت و امضای بیمه شده ضروری است) | <input type="checkbox"/> (۸) تغییر بیمه گذار (رضایت و امضای بیمه شده ضروری است)               |
| <input type="checkbox"/> (۹) حذف، اضافه یا تغییر سایر پوششهای اضافی (مطابق توضیحات ذیل)         | <input type="checkbox"/> (۱۰) سایر تغییرات  |

توضیحات تکمیلی: .....

تذکر: مسئولیت هرگونه تبعات حقوقی ناشی از سوء استفاده های احتمالی ناشی از مندرجات درخواستی در این فرم به عهده نمایندگی بیمه خواهد بود.

مهر و امضاء نمایندگی/مجتمع/شعبه/باجه: تاریخ:

نظر اداره خدمات پس از صدور: تاریخ: