

شرکت بیمه ما
مدیریت بیمه های عمر و سرمایه گذاری
فرم اظهار سلامتی

این فرم صرفاً جهت درخواست الحاقیه پوشش های اضافی بوده و تکمیل آن الزامیست.

اینجانب بیمه شده بیمه نامه شماره اعلام می دارم که در طول مدت بیمه نامه از تاریخ/...../..... لغایت/...../..... هیچگونه تغییر در وضعیت سلامتی جسمی و روحی خود که منجر به مطالبه غرامت از آن شرکت گردد، ایجاد نشده است.

چنانچه خلاف اظهارات فوق اثبات و یا احراز گردد بیمه گر حق دارد در صورت ادعای خسارت از سوی این جانب / اینجانبان مشمول ماده ۱۲ قانون بیمه و شرایط عمومی بیمه نامه تلقی و از پرداخت خسارت خودداری نماید.

۱. نام و نام خانوادگی، تاریخ و امضاء بیمه گذار

۲. نام و نام خانوادگی، تاریخ و امضاء بیمه شده

آدرس: تهران، میدان ونک، خیابان ونک، پلاک ۹ - کد پستی:

۱۹۹۴۶۱۲۳۴۵

نمابر: ۰۲۱۸۶۹۰-۱۲۹۸

تلفن: ۸۶۹۰