



الحاقیه تغییر در مفاد بیمه نامه

فرم درخواست الحاقیه تغییرات در مفاد بیمه نامه

عمر و مستمری



<p>۱۵) در صورت فوت بیمه گزار ، خانم/ آقا با کد ملی نسبت با بیمه شده موبایل: به عنوان بیمه گزار معرفی می گردد.</p> <p>۱۶) تغییر بیمه گزار: خانم/ آقا با کد ملی نسبت با بیمه شده موبایل: به عنوان بیمه گزار معرفی می گردد. (تایید بیمه شده الزامیست)</p> <p>(لطفا در صورت هرگونه ایجاد تغییر در وضعیت سلامتی مراتب برای تحلیل ریسک توسط بیمه گزار اعلام گردد) توضیحات: </p>	
<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 <u>بیمه گزار / بیمه گزار معرفی شده در بند ۱۵ و ۱۶</u> نام و نام خانوادگی، بیمه شده</p> <p>تاریخ و امضاء تاریخ و امضاء</p>	<p>گواهی بیمه گزار / بیمه شده</p>
<p>اینجانب کد ضمن احراز هویت بیمه گزار 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 و مستمری ایشان به شماره با کد رایانه تایید می نمایم.</p> <p>کارشناس شعبه / نمایندگی تاریخ، مهر و امضاء</p>	<p>تایید در خواست و احراز هویت (شعبه ، نمایندگی) بیمه گزار</p>
<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 به شرط عدم وجود اقساط لاوصول امکان پذیر است.</p> <p>تذکر ۳: در صورت درخواست هرگونه پوشش اضافی تکمیل فرم اظهار سلامت توسط بیمه گزار و بیمه شده به تاریخ روز الزامیست.</p> <p>تذکر ۴: در صورت درخواست بیشتر از دو پوشش اضافی تکمیل صفحه دوم فرم پیشنهاد الزامیست.</p>	