



شماره بیمه نامه:	تاریخ صدور:
نوع محصول:	تاریخ درخواست:
نام و نام خانوادگی بیمه گذار:	کد ملی بیمه گذار:
نام و نام خانوادگی بیمه شده:	تلفن همراه/تلفن ثابت:

تغییرات مالی:

<input type="checkbox"/> تغییر نحوه پرداخت حق بیمه:	<input type="checkbox"/> افزایش/کاهش مبلغ حق بیمه:
از..... به	از..... به ریال
<input type="checkbox"/> افزایش/کاهش سرمایه فوت:	<input type="checkbox"/> افزایش/کاهش مدت بیمه نامه:
از..... به	از..... به سال
<input type="checkbox"/> افزایش/کاهش نرخ تعدیل حق بیمه:	<input type="checkbox"/> افزایش/کاهش نرخ تعدیل سرمایه فوت:
از..... به درصد	از..... به درصد
<input type="checkbox"/> تغییر شغل بیمه شده: از..... به	<input type="checkbox"/> تغییر شغل بیمه گذار: از..... به

واریز به اندوخته / برداشت از اندوخته:

"واریز به مبلغ ریال، برداشت به مبلغ ریال، (حداکثر مبلغ مجاز برای برداشت معادل ۹۰٪ اندوخته بیمه نامه می باشد)"

حذف/اضافه یا تغییر سرمایه پوشش های تکمیلی:

نام پوشش تکمیلی	حذف	اضافه	سرمایه قبلی	سرمایه جدید
پوشش فوت بر اثر حادثه				
پوشش از کار افتادگی (نقص عضو)				
پوشش کمک هزینه پزشکی ناشی از حادثه				
پوشش امراض خاص				
پوشش سرطان				
پوشش معافیت از پرداخت حق بیمه به علت از کار افتادگی بیمه شده				
پوشش معافیت از پرداخت حق بیمه به علت فوت یا از کار افتادگی بیمه گذار				

تذکر: کلیه درخواست هایی که منجر به تغییر حق بیمه می شود از ابتدای سال بیمه ای جدید اعمال خواهد شد.

بدینوسیله گواهی می شود که اطلاعات مندرج در فرم را با صحت و دقت تکمیل نموده ام. ضمناً با اطلاع از شرایط پیشنهادی در این فرم موافقت خود را در ارتباط با تمامی مفاد آن اعلام می دارم.

تاریخ و امضاء بیمه گذار: _____

تاریخ و امضاء بیمه شده: _____

اینجانب با کد ضمن احراز هویت بیمه گذار، و ارائه اطلاعات و توضیحات کافی در خصوص تبعات تغییرات مورد درخواست، انجام تغییرات مورد نظر را مطابق درخواست مشروحه فوق در بیمه نامه ایشان به شماره تایید می نمایم.

نام و نام خانوادگی نماینده: _____

تاریخ / امضاء _____

انجام تغییرات مورد درخواست با توجه به شرایط و مقررات بیمه نامه:

بلامانع است. امکان پذیر نمی باشد. نیاز به چکاپ پزشکی دارد.

تاریخ/امضاء کارشناس صدور: