

شماره بیمه نامه: _____ کد رایانه بیمه نامه: _____ تاریخ صدور بیمه نامه: ____/____/____

بیمه گذار

نام و نام خانوادگی: _____ کد ملی: _____ تاریخ درخواست: ____/____/____
 تلفن ثابت با ذکر کد شهر: _____ تلفن همراه(الزامی): _____ کد پستی: _____
 آدرس: _____

نوع درخواست

- (۱) تغییر نحوه پرداخت حق بیمه از _____ به _____
 (۲) تغییر مبلغ قسط حق بیمه از _____ به _____
 (۳) تغییر درصد افزایش سالانه حق بیمه از _____ به _____
 (۴) تغییر درصد افزایش سالانه سرمایه فوت از _____ به _____
 (۵) تغییر مبلغ سرمایه فوت از _____ به _____
 (۶) تغییر سرمایه فوت در اثر حادثه از _____ به _____
 (۷) واریز متفرقه - برداشت از اندوخته (واریز به مبلغ _____ ریال. برداشت به مبلغ _____ ریال)
 (۸) تغییر ذینفعان بیمه نامه: _____

این قسمت توسط بیمه گذار تکمیل گردد

اولویت	درصد سهم	جنسیت	نسبت با بیمه شده	شماره ملی	نام و نام خانوادگی	نام و نام خانوادگی
						۱
						۲
						۳
						۴
						حیات

(۹) حذف، اضافه یا تغییر سایر پوشش های اضافی و تغییر شغل بیمه شده:

تایید درخواست

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.

نام و نام خانوادگی بیمه شده: _____ تاریخ: ____/____/____ امضاء _____

نام و نام خانوادگی بیمه گذار: _____ تاریخ: ____/____/____ امضاء _____

تایید درخواست و احراز هویت

اینجانب _____ ضمن احراز هویت بیمه گذار و بیمه شده، 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 _____ با کد رایانه _____ تایید می نمایم.

نماینده / کارشناس شعبه _____ تاریخ: ____/____/____ امضاء _____

تذکرات

تذکر ۱: مسئولیت هرگونه تبعات حقوقی ناشی از سوء استفاده های احتمالی ناشی از مندرجات درخواستی در این فرم به عهده نمایندگان/کارشناس تایید کننده خواهد بود.
 تذکر ۲: کلیه درخواست هایی که منجر به تغییر حق بیمه می شود از ابتدای سال بیمه ای جدید اعمال خواهد شد.

کارشناسی

انجام تغییرات مورد درخواست با توجه به شرایط و مقررات بیمه نامه: بلا مانع است. امکانپذیر نمی باشد. نیاز به معاینه پزشک دارد.

نام و نام خانوادگی کارشناس: _____ تاریخ: ____/____/____ امضاء _____

(در صورت افزایش مبلغ و درصد سرمایه فوت و اضافه نمودن یا افزایش پوشش های اضافی، تکمیل این پرسشنامه ضروری است).

شماره بیمه نامه: ----- کد رایانه بیمه نامه: ----- تاریخ صدور بیمه نامه: -----/-----/-----
 نام و نام خانوادگی بیمه گذار: ----- نام و نام خانوادگی بیمه شده: -----
 شغل بیمه گذار: ----- شغل بیمه شده: ----- شماره همراه بیمه گذار: -----

بیمه شده		بیمه گذار	
قد بیمه شده----- سانتی متر	وزن بیمه شده ----- کیلوگرم	قد بیمه گذار----- سانتی متر	وزن بیمه گذار ----- کیلوگرم
آیا ورزش حرفه ای، مسافرت های مستمر، استفاده از موتورسیکلت یا فعالیت های جنبی دیگر انجام می دهید؟		آیا ورزش حرفه ای، مسافرت های مستمر، استفاده از موتورسیکلت یا فعالیت های جنبی دیگر انجام می دهید؟	
وضعیت سلامت	پدر:سن ----- نوع بیماری----- علت فوت-----	وضعیت سلامت	پدر:سن ----- نوع بیماری----- علت فوت-----
افراد خانواده	مادر:سن ----- نوع بیماری----- علت فوت-----	افراد خانواده	مادر:سن ----- نوع بیماری----- علت فوت-----
سابقه ابتلا یا داشتن بیماری در بیمه شده	بلبی	سابقه ابتلا یا داشتن بیماری در بیمه گذار	بلبی
بیماری های قلب و عروق شامل درد قفسه سینه و فشار خون یا سکت	خیر	بیماری های قلب و عروق شامل درد قفسه سینه و فشار خون یا سکت	خیر
بیماری های دستگاه تنفسی(سرفه مزمن، آسم)		بیماری های دستگاه تنفسی(سرفه مزمن، آسم)	
بیماری های غدد داخلی نظیر تیروئید، قند (دیابت)		بیماری های غدد داخلی نظیر تیروئید، قند (دیابت)	
بیماری های خونی شامل سابقه تزریق خون، کم خونی و تالاسمی		بیماری های خونی شامل سابقه تزریق خون، کم خونی و تالاسمی	
بیماری های افسردگی، تشنج و سکت مغزی و ام اس		بیماری های افسردگی، تشنج و سکت مغزی و ام اس	
سرطان ها(پوست، معده، مغز و غیره)		سرطان ها(پوست، معده، مغز و غیره)	
بیماری های استخوانی، عضلات، مفاصل و مشکلات حرکتی		بیماری های استخوانی، عضلات، مفاصل و مشکلات حرکتی	
بیماری های عفونی، مانند سل، هپاتیت، ایدز		بیماری های عفونی، مانند سل، هپاتیت، ایدز	
بیماری های کلیه و مجاری ادراری و پروستات، سنگ کلیه		بیماری های کلیه و مجاری ادراری و پروستات، سنگ کلیه	
مشکل بینایی یا شنوایی(کم بینایی، نابینایی، کم شنوایی، ناشنوایی)		مشکل بینایی یا شنوایی(کم بینایی، نابینایی، کم شنوایی، ناشنوایی)	
استفاده از دارو به طور منظم و بیش از ۶ ماه		استفاده از دارو به طور منظم و بیش از ۶ ماه	
آیا از سیگار(قلیان) استفاده می نمایید؟ نخ ----- باردر روز		آیا از سیگار(قلیان) استفاده می نمایید؟ نخ ----- باردر روز	
آیا از مواد مخدر یا مشروبات الکلی استفاده می نمایید؟		آیا از مواد مخدر یا مشروبات الکلی استفاده می نمایید؟	
آیا در شش ماه گذشته کاهش یا افزایش وزن داشته اید؟		آیا در شش ماه گذشته کاهش یا افزایش وزن داشته اید؟	
آیا تاکنون بستری یا عمل جراحی در بیمارستان داشته اید؟		آیا تاکنون بستری یا عمل جراحی در بیمارستان داشته اید؟	
آیا به بیماری دیگری مبتلا بوده اید که ذکر نشده باشد؟		آیا به بیماری دیگری مبتلا بوده اید که ذکر نشده باشد؟	
آیا دچار نقص عضو شده اید؟کدام ناحیه----- چند درصد-----		آیا دچار نقص عضو شده اید؟کدام ناحیه----- چند درصد-----	
مخصوص آقایان	آیا به علت پزشکی از خدمت نظام وظیفه معاف شده اید؟	مخصوص آقایان	آیا به علت پزشکی از خدمت نظام وظیفه معاف شده اید؟
مخصوص بانوان	آیا بیماریهای زنانه دارید؟	مخصوص بانوان	آیا بیماریهای زنانه دارید؟
	آیا در حال حاضر باردار هستید؟		آیا در حال حاضر باردار هستید؟
در صورت مثبت بودن هر یک از سوالات فوق به صورت مشروح توضیح فرمایید.-----		در صورت مثبت بودن هر یک از سوالات فوق به صورت مشروح توضیح فرمایید.-----	

اینجانبان(بیمه گذار و بیمه شده) امضا کنندگان این فرم درخواست اعلام می داریم که به کلیه سوالات مشروحه در این پرسشنامه پزشکی با صداقت و به نحو کامل پاسخ داده و از مقررات و شرایط عمومی و خصوصی بیمه نامه که جز لاینفک این قرارداد می باشد، اطلاع کامل حاصل نموده است و اعلام می نمایم که پاسخ های داده شده کاملا درست و عین واقعیت بوده و مطلع هستیم که هر گونه اظهار خلاف واقع و خودداری از واقع گویی به موجب قانون بیمه باعث باطل شدن قرارداد بیمه عمر و از دست دادن مزایای آن خواهد بود.

نام و نام خانوادگی بیمه شده
تاریخ -----/-----/----- امضاء

نام و نام خانوادگی بیمه گذار
تاریخ -----/-----/----- امضاء

اظهار نظر نهایی

نام و نام خانوادگی تاریخ -----/-----/----- امضاء