


کد: FO-LP-57-01 صفحه: ۱ از ۱	<b>فرم درخواست تغییر بیمه گذار (مالک) بیمه نامه عمر انفرادی</b>	 <b>بیمه نوین</b> NOVIN INSURANCE
---------------------------------	---	---

بیمه گذار محترم، خواهشمند است به تمامی موارد مندرج در این فرم با دقت و به صورت خوانا پاسخ دهید.

شماره بیمه نامه: ----- کد رایانه بیمه نامه: ----- تاریخ صدور بیمه نامه: ---/---/--- تاریخ درخواست ---/---/---									
<b>این قسمت توسط بیمه گذار تکمیل گردد</b>	<table border="1"> <tr> <td style="width: 15%; text-align: center; vertical-align: middle;"> <b>در صورت حیات بیمه گذار فعلی</b> </td> <td> <p>اینجانبان خانم/آقای..... به کد ملی ..... تاریخ تولد ...../...../..... به عنوان بیمه گذار فعلی و خانم/آقای..... به کد ملی ..... تاریخ تولد ...../...../..... شماره همراه..... شماره تلفن ثابت..... آدرس..... کدپستی.....</p> <p>به عنوان بیمه گذار جدید، بدینوسیله موافقت خود مبنی بر انتقال مالکیت بیمه نامه فوق را اعلام میداریم. در ضمن نسبت به موارد ذکر شده در ذیل آگاهی و رضایت کامل داریم.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• بیمه گذار قدیم بیمه نامه هیچگونه ادعایی در خصوص بیمه نامه فوق الذکر نخواهد داشت.</li> <li>• چنانچه بیمه نامه دارای پوشش معافیت از پرداخت حق بیمه و مستمری سالانه باشد، پوشش های مذکور قبل از صدور الحاقیه تغییر بیمه گذار حذف می گردد.</li> <li>• با اعمال این الحاقیه، تمامی تعهدات بیمه گذار قدیم در خصوص پرداخت اقساط بیمه نامه به بیمه گذار جدید منتقل می شود.</li> <li>• متعاقب تغییر بیمه گذار بیمه نامه، تعیین وضعیت ذینفعان در صورت فوت و حیات بیمه شده توسط بیمه گذار جدید ضروری می باشد.</li> </ul> <p style="text-align: center;">نام و نام خانوادگی بیمه گذار فعلی</p> <p style="text-align: center;">تاریخ و امضاء:</p> <p style="text-align: center;">نام و نام خانوادگی بیمه گذار جدید</p> <p style="text-align: center;">تاریخ و امضاء:</p> </td> </tr> <tr> <td style="width: 15%; text-align: center; vertical-align: middle;"> <b>در صورت فوت بیمه گذار فعلی</b>  <small>(به شرط عدم وجود پوشش معافیت از پرداخت حق بیمه)</small> </td> <td> <p>اینجانبان وراث قانونی بیمه گذار( بر اساس گواهی حصر وراثت ارائه شده)، بدینوسیله رضایت کتبی خود را مبنی بر انتقال بیمه نامه به خانم/آقای ..... اعلام میداریم.</p> <p style="text-align: center;">نام و امضاء وراث قانونی:</p> </td> </tr> <tr> <td style="width: 15%; text-align: center; vertical-align: middle;"> <b>تایید درخواست و احراز هویت بیمه گذاران</b>  <small>(شعبه / نمایندگی)</small> </td> <td> <p style="text-align: center;">شعبه <input type="checkbox"/> نمایندگی <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">کد شعبه/ نمایندگی: _____ تلفن: _____</p> <p>اینجانب ..... ضمن احراز هویت بیمه گذار فعلی آقای/ خانم ..... و بیمه گذار جدید آقای/خانم ..... ( و یا وراث قانونی بیمه گذار متوفی ) درخواست نامبردگان مبنی بر تغییر بیمه نامه عمر انفرادی به شماره ..... و کد رایانه ..... را تأیید می نمایم.</p> <p style="text-align: center;">کارشناس شعبه/نمایندگی</p> <p style="text-align: center;">تاریخ و امضاء:</p> </td> </tr> <tr> <td style="width: 15%; text-align: center; vertical-align: middle;"> <b>نظر کارشناسی</b>  <small>(مدیریت)</small> </td> <td> <p>انجام تغییرات مورد درخواست با توجه به شرایط و مقررات بیمه نامه :</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> بلا مانع است      <input type="checkbox"/> امکان پذیر نمی باشد .</p> <p style="text-align: center;">کارشناس</p> <p style="text-align: center;">تاریخ و امضاء:</p> </td> </tr> </table>	<b>در صورت حیات بیمه گذار فعلی</b>	<p>اینجانبان خانم/آقای..... به کد ملی ..... تاریخ تولد ...../...../..... به عنوان بیمه گذار فعلی و خانم/آقای..... به کد ملی ..... تاریخ تولد ...../...../..... شماره همراه..... شماره تلفن ثابت..... آدرس..... کدپستی.....</p> <p>به عنوان بیمه گذار جدید، بدینوسیله موافقت خود مبنی بر انتقال مالکیت بیمه نامه فوق را اعلام میداریم. در ضمن نسبت به موارد ذکر شده در ذیل آگاهی و رضایت کامل داریم.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• بیمه گذار قدیم بیمه نامه هیچگونه ادعایی در خصوص بیمه نامه فوق الذکر نخواهد داشت.</li> <li>• چنانچه بیمه نامه دارای پوشش معافیت از پرداخت حق بیمه و مستمری سالانه باشد، پوشش های مذکور قبل از صدور الحاقیه تغییر بیمه گذار حذف می گردد.</li> <li>• با اعمال این الحاقیه، تمامی تعهدات بیمه گذار قدیم در خصوص پرداخت اقساط بیمه نامه به بیمه گذار جدید منتقل می شود.</li> <li>• متعاقب تغییر بیمه گذار بیمه نامه، تعیین وضعیت ذینفعان در صورت فوت و حیات بیمه شده توسط بیمه گذار جدید ضروری می باشد.</li> </ul> <p style="text-align: center;">نام و نام خانوادگی بیمه گذار فعلی</p> <p style="text-align: center;">تاریخ و امضاء:</p> <p style="text-align: center;">نام و نام خانوادگی بیمه گذار جدید</p> <p style="text-align: center;">تاریخ و امضاء:</p>	<b>در صورت فوت بیمه گذار فعلی</b> <small>(به شرط عدم وجود پوشش معافیت از پرداخت حق بیمه)</small>	<p>اینجانبان وراث قانونی بیمه گذار( بر اساس گواهی حصر وراثت ارائه شده)، بدینوسیله رضایت کتبی خود را مبنی بر انتقال بیمه نامه به خانم/آقای ..... اعلام میداریم.</p> <p style="text-align: center;">نام و امضاء وراث قانونی:</p>	<b>تایید درخواست و احراز هویت بیمه گذاران</b> <small>(شعبه / نمایندگی)</small>	<p style="text-align: center;">شعبه <input type="checkbox"/> نمایندگی <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">کد شعبه/ نمایندگی: _____ تلفن: _____</p> <p>اینجانب ..... ضمن احراز هویت بیمه گذار فعلی آقای/ خانم ..... و بیمه گذار جدید آقای/خانم ..... ( و یا وراث قانونی بیمه گذار متوفی ) درخواست نامبردگان مبنی بر تغییر بیمه نامه عمر انفرادی به شماره ..... و کد رایانه ..... را تأیید می نمایم.</p> <p style="text-align: center;">کارشناس شعبه/نمایندگی</p> <p style="text-align: center;">تاریخ و امضاء:</p>	<b>نظر کارشناسی</b> <small>(مدیریت)</small>	<p>انجام تغییرات مورد درخواست با توجه به شرایط و مقررات بیمه نامه :</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> بلا مانع است      <input type="checkbox"/> امکان پذیر نمی باشد .</p> <p style="text-align: center;">کارشناس</p> <p style="text-align: center;">تاریخ و امضاء:</p>
<b>در صورت حیات بیمه گذار فعلی</b>	<p>اینجانبان خانم/آقای..... به کد ملی ..... تاریخ تولد ...../...../..... به عنوان بیمه گذار فعلی و خانم/آقای..... به کد ملی ..... تاریخ تولد ...../...../..... شماره همراه..... شماره تلفن ثابت..... آدرس..... کدپستی.....</p> <p>به عنوان بیمه گذار جدید، بدینوسیله موافقت خود مبنی بر انتقال مالکیت بیمه نامه فوق را اعلام میداریم. در ضمن نسبت به موارد ذکر شده در ذیل آگاهی و رضایت کامل داریم.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• بیمه گذار قدیم بیمه نامه هیچگونه ادعایی در خصوص بیمه نامه فوق الذکر نخواهد داشت.</li> <li>• چنانچه بیمه نامه دارای پوشش معافیت از پرداخت حق بیمه و مستمری سالانه باشد، پوشش های مذکور قبل از صدور الحاقیه تغییر بیمه گذار حذف می گردد.</li> <li>• با اعمال این الحاقیه، تمامی تعهدات بیمه گذار قدیم در خصوص پرداخت اقساط بیمه نامه به بیمه گذار جدید منتقل می شود.</li> <li>• متعاقب تغییر بیمه گذار بیمه نامه، تعیین وضعیت ذینفعان در صورت فوت و حیات بیمه شده توسط بیمه گذار جدید ضروری می باشد.</li> </ul> <p style="text-align: center;">نام و نام خانوادگی بیمه گذار فعلی</p> <p style="text-align: center;">تاریخ و امضاء:</p> <p style="text-align: center;">نام و نام خانوادگی بیمه گذار جدید</p> <p style="text-align: center;">تاریخ و امضاء:</p>								
<b>در صورت فوت بیمه گذار فعلی</b> <small>(به شرط عدم وجود پوشش معافیت از پرداخت حق بیمه)</small>	<p>اینجانبان وراث قانونی بیمه گذار( بر اساس گواهی حصر وراثت ارائه شده)، بدینوسیله رضایت کتبی خود را مبنی بر انتقال بیمه نامه به خانم/آقای ..... اعلام میداریم.</p> <p style="text-align: center;">نام و امضاء وراث قانونی:</p>								
<b>تایید درخواست و احراز هویت بیمه گذاران</b> <small>(شعبه / نمایندگی)</small>	<p style="text-align: center;">شعبه <input type="checkbox"/> نمایندگی <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">کد شعبه/ نمایندگی: _____ تلفن: _____</p> <p>اینجانب ..... ضمن احراز هویت بیمه گذار فعلی آقای/ خانم ..... و بیمه گذار جدید آقای/خانم ..... ( و یا وراث قانونی بیمه گذار متوفی ) درخواست نامبردگان مبنی بر تغییر بیمه نامه عمر انفرادی به شماره ..... و کد رایانه ..... را تأیید می نمایم.</p> <p style="text-align: center;">کارشناس شعبه/نمایندگی</p> <p style="text-align: center;">تاریخ و امضاء:</p>								
<b>نظر کارشناسی</b> <small>(مدیریت)</small>	<p>انجام تغییرات مورد درخواست با توجه به شرایط و مقررات بیمه نامه :</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> بلا مانع است      <input type="checkbox"/> امکان پذیر نمی باشد .</p> <p style="text-align: center;">کارشناس</p> <p style="text-align: center;">تاریخ و امضاء:</p>								