



نام و نام خانوادگی بیمه شده :

نام و نام خانوادگی بیمه گذار :

شماره بیمه نامه :

۱- تغییر در مشخصات بیمه نامه :

عنوان	از	به	پوشش تکمیلی	اضافه گردد	حذف گردد	مبلغ سرمایه تکمیلی
حق بیمه عمر سالانه			حادثه بیمه شده اصلی			
سرمایه فوت بیمه شده اصلی			امراض بیمه شده اصلی			
سرمایه فوت بیمه شده فرعی			معافیت بیمه شده اصلی			
ضریب تعدیل حق بیمه			حادثه بیمه شده فرعی			
ضریب تعدیل سرمایه فوت			امراض بیمه شده فرعی			

۲- تغییر در مشخصات ذینفعان در صورت فوت بیمه شده اصلی :

ردیف	نام و نام خانوادگی	کد ملی	نام پدر	تاریخ تولد	نسبت با بیمه شده	درصد سهم
۱						
۲						
۳						

۳- تغییر در مشخصات استفاده کننده در صورت فوت بیمه شده فرعی :

ردیف	نام و نام خانوادگی	کد ملی	نام پدر	تاریخ تولد	نسبت با بیمه شده	درصد سهم
۱						
۲						
۳						

۴- تغییر در مشخصات استفاده کننده در صورت حیات بیمه شده :

ردیف	نام و نام خانوادگی	کد ملی	نام پدر	تاریخ تولد	نسبت با بیمه شده	درصد سهم

۵- تغییر بیمه گذار

ردیف	نام و نام خانوادگی	کد ملی	نام پدر	شماره شناسنامه	تاریخ تولد
۱					

۶- تغییر آدرس

آدرس جدید:	
کد ملی	کد پستی
	شماره تلفن

۷- اصلاح مشخصات بیمه گذار:

ردیف	نام و نام خانوادگی	کد ملی	نام پدر	تاریخ تولد	شماره شناسنامه	محل صدور
۱						

۸- اصلاح مشخصات بیمه شده اصلی :

ردیف	نام و نام خانوادگی	کد ملی	نام پدر	تاریخ تولد	شماره شناسنامه	محل صدور
۱						

۹- اصلاح مشخصات بیمه شده فرعی:

ردیف	نام و نام خانوادگی	کد ملی	نام پدر	تاریخ تولد	شماره شناسنامه	محل صدور

۱۰- تغییر روش پرداخت حق بیمه :

از	به

۱۱- تغییر مدت بیمه نامه از ( ) سال به ( ) سال

تغییر روش پرداخت حق بیمه در قراردادهای گروهی ، در صورت قطع همکاری بیمه شده با سازمان / شرکت طرف قرارداد ، از پرداخت اقساطی به سالانه اجرا می گردد.

چنانچه متقاضی اضافه و یا حذف پوششهای زیر هستید گزینه های مورد نظر را انتخاب نمایید.

**درخواست بیمه تکمیلی بیماریهای تحت پوشش :**

اینجانب بیمه شده بیمه نامه فوق الذکر خواستار افزودن پوشش تکمیلی بیماریهای تحت پوشش به بیمه نامه فوق الذکر می باشم. همچنین اعلام میدارم تا این تاریخ هیچگونه سابقه ابتلا به بیماریهای (سکته قلبی، سکته مغزی، پیوند اعضا، سرطان و جراحی عروق کرونر (جراحی قلب)) را نداشته ام.

اضافه گردد  حذف گردد

**درخواست بیمه تکمیلی معافیت از پرداخت حق بیمه به دلیل از کارافتادگی دائم و کامل بیمه شده :**

اینجانب بیمه شده بیمه نامه فوق الذکر خواستار افزودن پوشش تکمیلی معافیت از پرداخت حق بیمه به بیمه نامه فوق الذکر می باشم . همچنین گواهی می نمایم وضعیت سلامتی اینجانب در این تاریخ نسبت به زمان شروع بیمه نامه تغییری ننموده است.

اضافه گردد  حذف گردد

**شغل بیمه شده :**

۱۲- برقراری پوشش مجدد (حذف سال بیمه ای) :

حذف سالهای بیمه ای	تاریخ شروع پوشش مجدد
.....	..... / ..... / ۱۳.....

**اظهاری سلامتی:**

اینجانب ( ) اعلام میدارم که در طول مدت قرارداد بیمه نامه شماره ( ) از تاریخ / / لغایت / / هیچگونه تغییر در وضعیت سلامتی جسمی و روحی اینجانب که منجر به مطالبه غرامت از آن شرکت گردد، ایجاد نشده است . چنانچه خلاف اظهارات فوق اثبات یا احراز گرد بیمه گر (شرکت بیمه کارآفرین) حق داشته در صورت ادعای خسارت آنرا پرداخت ننماید .  
\* ضمناً اعلام میدارد پوشش عمر و پوشش تکمیلی آن در طول مدت تعلیق قرار داد منفک و مستقل از تعهدات بیمه گر نسبت به بیمه عمر و سرمایه گذاری می باشد. بدین توضیح که، تاخیر در پرداخت حق بیمه تاثیر مستقیم در سرمایه گذاری اینجانب در بیمه فوق اشاره را دارد.

۱- امضای بیمه گذار جدید : ۲- امضاء بیمه شده اول : ۴- امضاء بیمه شده دوم :

۲- امضاء بیمه گذار قدیم : ۵- مهر و امضاء نمایندگی :

امضاء بیمه گذار و بیمه شده مورد تایید این نمایندگی می باشد.

نظریه مسئول ارزیابی ریسک :

تاریخ :

تاریخ :

تاییدیه مدیریت بیمه عمرو سرمایه گذاری :