

تاریخ درخواست: ۱۳ / /

تاریخ دریافت الحاقیه مخفف: ۱۳ / /

## فرم درخواست بیمه گذار برای بررسی و تغییرات در الحاقیه سرمایه مخفف

اینجانب بیمه گذار بیمه نامه با مشخصات زیر ضمن بررسی الحاقیه سرمایه مخفف شماره ..... درخواست بررسی مجدد تعداد و مبلغ اقساط پرداختی - تغییر در سرمایه مخفف و پوشش های اضافی بیمه نامه - برقراری مجدد بیمه نامه را به شرح زیر دارم:

\* هر نوع تغییر شرایط مندرج در الحاقیه مخفف ، منوط به صدور الحاقیه توسط بیمه گر می باشد و این درخواست به تنهایی فاقد ارزش می باشد.

مشخصات بیمه نامه	شماره بیمه نامه:	بیمه گذار:	کد ملی بیمه گذار:
	وام:	دارم <input type="checkbox"/> ندارم <input type="checkbox"/>	کد ملی بیمه شده:
	نشانی پستی:	بیمه شده:	کد نماینده بیمه:
	تلفن ثابت:		موبایل:

بررسی مجدد اقساط پرداختی	تعداد اقساط پرداختی:	قط	مبلغ هر قسط:	ریال نحوه پرداخت اقساط: ماهانه / سه ماهه / شش ماهه / سالانه:
	میزان سپرده:	ریال	مشخصات آخرین قسط پرداختی: شماره قسط:	مبلغ: تاریخ پرداخت: / /
سایر توضیحات: (لطفاً در این قسمت مبالغ مربوط به پرداخت تعداد و مبلغ اقساط را با مشخصات کامل بنویسید و مدارک پرداخت را ضمیمه نمایید)				
.....				
.....				

تغییر در سرمایه مخفف فوت و پوشش های اضافی	لطفاً سرمایه و پوشش های مورد درخواست را به ترتیب قید فرمایید:			
	سرمایه مخفف فوت: از مبلغ ..... ریال مندرج در الحاقیه به مبلغ ..... ریال افزایش / کاهش باید برقراری یا حذف پوشش های اضافی به شرح زیر:			
.....				
.....				

بیمه نامه برقراری مجدد	با راهنمایی نماینده بیمه و مطالعه شرایط بیمه نامه ، درخواست برقراری مجدد بیمه نامه و بازگشت شرایط بیمه نامه به قبل از صدور الحاقیه مخفف را دارم <input type="checkbox"/> ندارم <input type="checkbox"/>			
	نام و نام خانوادگی بیمه گذار:			

امضاء بیمه گذار

نام و نام خانوادگی بیمه گذار:

این قسمت توسط بیمه گر تکمیل می شود	تاریخ: ۱۳ / /	نتیجه بررسی و اعلام نظر واحد صدور بیمه نامه:
	تاریخ: ۱۳ / /	نتیجه بررسی و دستور اقدام مدیریت عمر و تأمین آتیه:
مهر و امضاء		
مهر و امضاء		