

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):																																									
نوع درخواست	(۱) <input type="checkbox"/> تغییر نحوه پرداخت حق بیمه		(۲) <input type="checkbox"/> تغییر مبلغ قسط حق بیمه																																									
	(از) ----- به -----		(از) ----- به -----																																									
	(۳) <input type="checkbox"/> تغییر درصد افزایش سالانه حق بیمه		(۴) <input type="checkbox"/> تغییر درصد افزایش سالانه سرمایه فوت																																									
	(از) ----- به -----		(از) ----- به -----																																									
	(۵) <input type="checkbox"/> تغییر مبلغ سرمایه فوت		(۶) <input type="checkbox"/> تغییر سرمایه فوت در اثر حادثه																																									
	(از) ----- به -----		(از) ----- به -----																																									
	(۷) <input type="checkbox"/> افزایش مدت بیمه نامه		(۸) <input type="checkbox"/> واریز متفرقه - برداشت از اندوخته																																									
	(از) ----- به -----		(واریز به مبلغ ----- ریال. برداشت به مبلغ ----- ریال)																																									
	(۹) <input type="checkbox"/> تغییر دینفعان بیمه نامه																																											
	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2">نام و نام خانوادگی</th> <th>شماره ملی</th> <th>نسبت با بیمه شده</th> <th>جنسیت</th> <th>درصد سهم</th> <th>اولویت</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="4" style="text-align: center; vertical-align: middle;">در صورت فوت</td> <td style="text-align: center;">۱</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">۲</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">۳</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">۴</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">حیات</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>						نام و نام خانوادگی		شماره ملی	نسبت با بیمه شده	جنسیت	درصد سهم	اولویت	در صورت فوت	۱						۲						۳						۴						حیات					
نام و نام خانوادگی		شماره ملی	نسبت با بیمه شده	جنسیت	درصد سهم	اولویت																																						
در صورت فوت	۱																																											
	۲																																											
	۳																																											
	۴																																											
حیات																																												
(۱۰) <input type="checkbox"/> حذف، اضافه یا تغییر سایر پوششهای اضافی																																												

بدينوسيله گواهي مي شود كه اطلاعات مندرج در فرم را با صحت و دقت تكميل نموده ام. ضمناً با اطلاع از شرايط پيشنهادي در اين فرم موافقت خود را در ارتباط با تمامي مفاد آن اعلام مي دارم.																																												
نام و نام خانوادگی، تاریخ و امضاء بیمه گذار																																												
نام و نام خانوادگی، تاریخ و امضاء بیمه شده																																												
اینجانب ----- کد ----- ضمن احراز هویت بیمه گذار، 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.																																												
تایید درخواست و احراز هویت بیمه گذار																																												
کارشناس صدور/نمابندگی تاریخ/مهر/امضاء																																												
تذکر ۱: مسئولیت هرگونه تبعات حقوقی ناشی از سوء استفاده های احتمالی ناشی از مندرجات درخواستی در این فرم به عهده نمایندگی خواهد بود.																																												
تذکر ۲: کلیه درخواست هایی که منجر به تغییر حق بیمه می شود از ابتدای سال بیمه ای جدید اعمال خواهد شد.																																												
انجام تغییرات مورد درخواست با توجه به شرایط و مقررات بیمه نامه :																																												
بلا مانع است. <input type="checkbox"/> امکان پذیر نمی باشد. <input type="checkbox"/> نیاز به معاینه پزشک دارد. <input type="checkbox"/>																																												
تذکرات																																												
واحد صدور																																												
کارشناس صدور شعبه تاریخ/مهر/امضاء																																												

این قسمت توسط بیمه گذار تکمیل گردد

فرم پرسشنامه پزشکی الحاقیه تغییرات

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

شماره بیمه نامه: -----		کد رایانه بیمه نامه: -----		تاریخ صدور بیمه نامه: -----	
بیمه شده			بیمه گذار		
سوالهای پزشکی			سوالهای پزشکی		
خیر	بلی	خیر	بلی	خیر	بلی
۱	بیماری های قلب و عروق، درد قفسه سینه و فشار خون			بیماری های قلب و عروق، درد قفسه سینه و فشار خون	
۲	بیماری قند(دیابت)			بیماری قند(دیابت)	
۳	بیماری های دستگاه تنفسی(سرفه مزمن، آسم)			بیماری های دستگاه تنفسی(سرفه مزمن، آسم)	
۴	بیماریهای خونی، سابقه تزریق خون، کم خونی و تالاسمی			بیماریهای خونی، سابقه تزریق خون، کم خونی و تالاسمی	
۵	بیماری های اعصاب و روان، اضطراب، افسردگی			بیماری های اعصاب و روان، اضطراب، افسردگی	
۶	بیماری های کلیه، مجاری ادرار			بیماری های کلیه، مجاری ادرار	
۷	سابقه بیماری های عفونی مانند سل، هیاتیت			سابقه بیماری های عفونی مانند سل، هیاتیت	
۸	سابقه بیماری های سرطانی			سابقه بیماری های سرطانی	
۹	بیماری های استخوانی، عضلات، مفاصل			بیماری های استخوانی، عضلات، مفاصل	
۱۰	بیماری های پوستی، خال های بزرگ			بیماری های پوستی، خال های بزرگ	
۱۱	بیماری های غدد داخلی نظیر تیروئید			بیماری های غدد داخلی نظیر تیروئید	
۱۲	بیماری های داخلی اعصاب، تشنج و سکنه مغزی			بیماری های داخلی اعصاب، تشنج و سکنه مغزی	
۱۳	بیماری های مزمن گوش و حلق و بینی، چشمی			بیماری های مزمن گوش و حلق و بینی، چشمی	
۱۴	آیا از دارو برای مدت طولانی استفاده می کنید؟			آیا از دارو برای مدت طولانی استفاده می کنید؟	
۱۵	آیا دچار نقص عضو یا ازکارافتادگی شده اید؟			آیا دچار نقص عضو یا ازکارافتادگی شده اید؟	
۱۶	آیا در شش ماه گذشته کاهش یا افزایش وزن داشته اید؟			آیا در شش ماه گذشته کاهش یا افزایش وزن داشته اید؟	
۱۷	آیا تاکنون عمل جراحی یا بستری در بیمارستان داشته اید؟			آیا تاکنون عمل جراحی یا بستری در بیمارستان داشته اید؟	
۱۸	آیا از بستگان درجه اول شما به بیماری قلبی، سرطان، دیابت و فشار خون مبتلا بوده اند؟			آیا از بستگان درجه اول شما به بیماری قلبی، سرطان، دیابت و فشار خون مبتلا بوده اند؟	
۱۹	آیا به بیماری دیگری مبتلا بوده اید که ذکر نشده باشد؟			آیا به بیماری دیگری مبتلا بوده اید که ذکر نشده باشد؟	
۲۰	آیا دچار نقص عضو یا ازکارافتادگی شده اید؟ علت؟----- کدام ناحیه؟----- چند درصد؟-----			آیا دچار نقص عضو یا ازکارافتادگی شده اید؟ علت؟----- کدام ناحیه؟----- چند درصد؟-----	
۲۱	در صورت مصرف سیگار، مشروبات الکلی، مواد مخدر نوع مقدار و مدت مصرف آن را بیان نمایید.			در صورت مصرف سیگار، مشروبات الکلی، مواد مخدر نوع مقدار و مدت مصرف آن را بیان نمایید.	
۲۲	در صورت مثبت بودن هر یک از سوالات فوق با ذکر بیماری، زمان شروع بیماری، نوع و میزان داروی مصرفی، درمان انجام شده و وضعیت فعلی بیمه شده را توضیح دهید. (در صورت جراحی، تاریخ و علت عمل جراحی یا بستری شدن را بیان نمایید).			در صورت مثبت بودن هر یک از سوالات فوق با ذکر بیماری، زمان شروع بیماری، نوع و میزان داروی مصرفی، درمان انجام شده و وضعیت فعلی بیمه گذار را توضیح دهید. (در صورت جراحی، تاریخ و علت عمل جراحی یا بستری شدن را بیان نمایید).	
اینجانبان (بیمه گذار و بیمه شده) امضاء کنندگان این فرم درخواست اعلام میداریم 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 جزء لاینفک این قرارداد می باشد، اطلاع کامل حاصل نموده و اعلام می نماییم که پاسخ های داده شده کاملاً 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 شد.		نام و نام خانوادگی، تاریخ و امضاء بیمه گذار		نام و نام خانوادگی، تاریخ و امضاء بیمه شده	
تاریخ نظر نهایی:		تاریخ نظر نهایی:		تاریخ نظر نهایی:	
نام مسئول نهایی/تاریخ امضاء		نام مسئول نهایی/تاریخ امضاء		نام مسئول نهایی/تاریخ امضاء	