

شماره بیمه نامه:/۴۶۰/...../۱۳	نام و نام خانوادگی بیمه گذار:	نام و کد عامل فروش:	تاریخ درخواست:
--	--	------------------------------	-------------------------

مشخصات بیمه شده:

نام:
تاریخ تولد:/...../۱۳ شماره شناسنامه: کد ملی (ده رقمی):
نام خانوادگی:
تحصیلات:
شغل فعلی بیمه شده:

مشخصات بیمه گذار جدید:

نام:
تاریخ تولد:/...../۱۳ شماره شناسنامه: کد ملی (ده رقمی):
نام خانوادگی:
تحصیلات:
شغل فعلی بیمه گذار:
متوسط درآمد ماهانه:
نسبت با بیمه شده:

آدرس: کد پستی:
شماره تلفن همراه: شماره تلفن ثابت:

آیا ذینفع حیات و فوت بیمه شده تغییر یابد؟ ☐ بلی ☐ خیر
(در صورت تغییر ذینفع حیات بیمه شده این قسمت پر شود)

استفاده کنندگان اولیه:

ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره شناسنامه	نام پدر	نسبت با بیمه شده	در صد سهم	فوت	حیات
۱						☐	☐
۲						☐	☐
۳						☐	☐
۴						☐	☐

استفاده کنندگان ثانویه:

ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره شناسنامه	نام پدر	نسبت با بیمه شده	در صد سهم	فوت	حیات
۱						☐	☐
۲						☐	☐
۳						☐	☐
۴						☐	☐

اینجانب موافقت می نمایم تعهدات بیمه گر در خصوص این تغییرات از تاریخ اعمال مندرج توسط بیمه گر و به شرط عدم تغییر وضعیت جسمانی و شغلی بیمه شده و بیمه گذار قابل اجرا خواهد بود.

نام و امضاء نماینده: تاریخ:	نام و امضاء بیمه شده یا قیم قانونی وی: تاریخ:	نام و امضاء بیمه گذار جدید: تاریخ:	نام و امضاء بیمه گذار قبلی: تاریخ:
------------------------------------	---	---	---