



## فرم درخواست شماره دو تغییرات در بیمه نامه عمر و زندگی

شماره سند: FM-LF-17/01

تاریخ: ۱۴۰۰/۰۴/۲۳

پیوست: ندارد

صفحه: ۱ از ۱

شماره بیمه نامه:	نام و نام خانوادگی بیمه گذار:	واحد صدور بیمه نامه:
کد رایانه:	نام و نام خانوادگی بیمه شده:	تاریخ صدور بیمه نامه:

ردیف	نوع درخواست	شرح درخواست
۱	افزایش اندوخته	افزایش اندوخته بیمه نامه به مبلغ ..... ریال
۲	رفع تعلیق بیمه نامه	بیمه نامه از حالت ..... به جاری برگشت یابد.
۳	صدور المثنی	علت:
۴	برگشت هزینه های آزمایش	مبلغ فاکتور پرداخت شده: ..... شماره شبها: ..... نام بانک: .....
۵	تغییر شغل	

ردیفهای ..... مورد درخواست می باشند.

**توجه:** در صورت رفع تعلیق بیمه نامه، تکمیل نمودن پرسشنامه تکمیل پزشکی (فرم FM-LF-15/01) همراه با فرم درخواست الزامیست.

در صورت برگشت هزینه های آزمایش ارسال اصل فاکتور و سوابق نگارش (نظریه پزشک معتمد) همراه با فرم درخواست الزامیست.

نام و امضاء کارشناس / نماینده:

تاریخ:

نام و امضاء بیمه گذار:

تاریخ:

تأیید صحت امضاء توسط کارشناس صدور الحاقیه:

تاریخ و ثبت الحاقیه: