



توجه: این فرم صرفاً توسط شخص بیمه گذار تکمیل گردد.

تاریخ:/...../۱۳.....

"فرم درخواست الحاقیه"

واحد صدور بیمه نامه عمر و تامین آتیه شعبه
با سلام و احترام؛

اینجانب بیمه گذار بیمه نامه/...../..... ۴۸/ درخواست اصلاح/ تغییر شرایط ذیل را دارم:

- * افزایش/ کاهش مبلغ حق بیمه از ریال به ریال.
- * افزایش/ کاهش مبلغ سپرده از ریال به ریال.
- * افزایش/ کاهش مدت بیمه نامه از سال به سال.
- * افزایش/ کاهش ضریب سرمایه بیمه عمر از برابر حق بیمه به برابر حق بیمه.
- * افزایش/ کاهش درصد نرخ حق بیمه از% به% (تغییر این پوشش در پایان هر سال بیمه ای امکان پذیر می باشد).
- * افزایش/ کاهش درصد نرخ سرمایه بیمه عمر از% به% (تغییر این پوشش در پایان هر سال بیمه ای امکان پذیر می باشد).

* تغییر روش پرداخت حق بیمه از به (سه ماهه= ضریب ۳، شش ماهه= ضریب ۶، سالانه = ضریب ۱۲)

* اضافه / حذف پوشش های تکمیلی به شرح ذیل:

از کارافتادگی کامل و دائم: (شغل بیمه شده:

- * معافیت از پرداخت: حذف پوشش ۵۰% ۱۰۰%
- * پرداخت سرمایه: حذف پوشش ۱۰% ۲۵% ۴۰%

حادثه:

- * فوت: حذف پوشش یک دو سه سرمایه بیمه عمر
- * نقص عضو و از کارافتادگی حذف پوشش یک دو سه سرمایه بیمه عمر
- * هزینه پزشکی: حذف پوشش ۵% ۱۰% خطرات اضافی: زلزله و آتشفشان اعتصاب شورش، بلوا

بیماری خاص:

- * سرمایه ابتلا به بیماری خاص به میزان: حذف پوشش ۱۰% ۲۰% ۳۰%
- * افزایش/ کاهش سرمایه آتش سوزی منزل مسکونی: حذف پوشش ۵۰۰ ۷۵۰ ۱۰۰۰ ۱۵۰۰ برابر حق بیمه ماهانه

نشانی منزل مسکونی:

کدپستی:

* تغییر استفاده کننده از سرمایه بیمه در صورت حیات:

ردیف	نام و نام خانوادگی	نام پدر	کدملی	نسبت	درصد
۱					

* تغییر استفاده کننده از سرمایه بیمه در صورت فوت بیمه شده:

ردیف	نام و نام خانوادگی	نام پدر	کدملی	نسبت	درصد	اولویت
۱						
۲						
۳						

- * با توجه به اقساط معوقه (بیشتر از شش ماه) درخواست بروز رسانی و حذف اقساط معوق بیمه نامه را دارم: بله خیر
- توجه: (۱) تکمیل این فرم بدون صدور الحاقیه هیچگونه تعهدی برای شرکت ایجاد نمی نماید.
- (۲) در صورت وجود تاخیر در اقساط پرداختی و افزایش حق بیمه (افزایش تعهدات شرکت) تکمیل فرم گواهی پزشکی الزامی می باشد.

نام و امضاء بیمه گذار:
تاریخ:

تلفن همراه:

مهر و امضاء نمایندگی
تاریخ: