

"فرم درخواست صدور الحاقیه بیمه نامه عمر و تأمین آتیه"



واحد صدورالحاقیه بیمه نامه عمر و تأمین آتیه شعبه
با سلام و احترام؛

اینجانب بیمه گزار بیمه نامه عمر و تأمین آتیه شماره FA/...../...../.....

با کد ملی و کد ملی بیمه شده: درخواست اصلاح/ تغییر شرایط ذیل در بیمه نامه خویش را دارم:

۱- تغییرات اصلاحی

۱-۱ اصلاح مشخصات بیمه گزار:

۱-۲ اصلاح مشخصات بیمه شده:

۱-۳ تغییر بیمه گزار دارد؟ خیر بلی در صورت مثبت بودن پاسخ ، مشخصات بیمه گزار جدید ذکر گردد (به منظور تغییر بیمه گزار علاوه بر تکمیل این فرم تکمیل فرم پرسش نامه و پیشنهاد جدید نیز الزامی می باشد)

۱-۴ درخواست المثنی بیمه نامه را دارم: صفحات : دلیل درخواست :

۲- تغییرات مالی (مبلغ حق بیمه/سپرده/مدت/ضریب/سقف پوشش/درصد/روش پرداخت)

۲-۱ افزایش/کاهش مبلغ حق بیمه ماهانه از ریال به ماهانه ریال.

۲-۲ - افزایش/کاهش مبلغ سپرده از ریال به ریال.

۲-۳ - افزایش/کاهش مدت بیمه نامه از سال به سال.

۲-۴ - افزایش/کاهش ضریب سرمایه بیمه عمر از برابر حق بیمه ماهانه به برابر حق بیمه ماهانه (ضریب از ۱۲۰ تا ۳۶۰ برابر)

۲-۵ افزایش/کاهش سقف سرمایه فوت از ریال به ریال (حداکثر تا مبلغ ۲۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال)

۲-۶ - افزایش/کاهش درصد نرخ سالانه حق بیمه از به (۳٪ ، ۵٪ ، ۷٪ ، ۱۰٪ ، ۱۵٪ ، ۲۰٪ ، ۲۵٪ ، ۳۰٪ ، ۴۰٪ ، ۵۰٪)

۲-۷ - افزایش/کاهش درصد نرخ سالانه سرمایه بیمه عمر از به (۳٪ ، ۵٪ ، ۷٪ ، ۱۰٪ ، ۱۵٪ ، ۲۰٪ ، ۲۵٪)

۲-۸ تغییر روش پرداخت حق بیمه از به (ماهانه، سه ماهه ، شش ماهه ، سالانه)

۳- اضافه / حذف پوشش های تکمیلی به شرح ذیل:

<p>پوشش های تکمیلی : شغل بیمه شده: بابت شغل خود در ارتفاع کار می نمایم؟ خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> بابت شغل خود با برق فشار قوی کار می نمایم؟ خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/></p>	
<p>۳-۱- از کارافتادگی کامل و دائم</p> <p>معافیت از پرداخت به میزان : حذف پوشش <input type="checkbox"/> ۱۰۰٪ <input type="checkbox"/> ۵۰٪ <input type="checkbox"/> ۱۰٪ پرداخت سرمایه به میزان : حذف پوشش <input type="checkbox"/> ۴۰٪ <input type="checkbox"/> ۲۵٪ <input type="checkbox"/> ۱۰٪ سرمایه بیمه عمر (حداکثر تا مبلغ دو میلیارد ریال)</p>	<p>فوت : حذف پوشش <input type="checkbox"/> ۱ <input type="checkbox"/> ۲ <input type="checkbox"/> ۳ برابر سرمایه بیمه عمر حداکثر تا مبلغ بیست میلیارد ریال <input type="checkbox"/> نقص عضو و از کارافتادگی : حذف پوشش <input type="checkbox"/> ۱ <input type="checkbox"/> ۲ <input type="checkbox"/> ۳ برابر سرمایه بیمه عمر حداکثر تا مبلغ ده میلیارد ریال <input type="checkbox"/> هزینه پزشکی : حذف پوشش <input type="checkbox"/> ۵٪ <input type="checkbox"/> ۱۰٪ سرمایه حادثه (فوت)</p>
<p>۳-۲- حادثه</p> <p>سایر خطرات اضافی پوشش حادثه ۳-۲-۱- زلزله و آتشفشان <input type="checkbox"/> ۳-۲-۱-۱- حذف پوشش <input type="checkbox"/> ۳-۲-۲- اختصاب، شورش، بلوا <input type="checkbox"/> ۳-۲-۲-۱- حذف پوشش <input type="checkbox"/></p>	<p>سرمایه ابتلا به بیماری های خاص به میزان : حذف پوشش <input type="checkbox"/> ۵٪ <input type="checkbox"/> ۱۰٪ <input type="checkbox"/> ۱۵٪ <input type="checkbox"/> ۲۰٪ <input type="checkbox"/> ۳۰٪ سرمایه بیمه عمر (حداکثر تا مبلغ سه میلیارد ریال)</p>
<p>۳-۳- بیماری های خاص</p> <p>ضریب سرمایه بیمه آتش سوزی منزل مسکونی : حذف پوشش <input type="checkbox"/> ۵۰۰ <input type="checkbox"/> ۷۵۰ <input type="checkbox"/> ۱۰۰۰ <input type="checkbox"/> ۱۵۰۰ برابر حق بیمه (حداکثر تا مبلغ ۸,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال) نشانی محل مورد بیمه : (لطفاً آدرس منزل مسکونی همراه با شماره پلاک ، شماره واحد و کدپستی باشد. در صورت نداشتن شماره پلاک ، درج شماره کنتور آب ، برق یا کدپستی الزامی است) :</p>	<p>پوشش خطرات اضافی زلزله و آتشفشان ۳-۴-۱-۱- همراه با بیمه آتش سوزی <input type="checkbox"/> ۳-۴-۱-۲- حذف پوشش <input type="checkbox"/> نرخ افزایش سرمایه بیمه آتش سوزی ۳-۴-۲-۱- ۵٪ <input type="checkbox"/> ۱۰٪ <input type="checkbox"/> ۳-۴-۲-۲- حذف درصد <input type="checkbox"/></p>

<<ادامه پشت صفحه>>

<<ادامه از صفحه قبل>>

۴- تغییر استفاده کننده از سرمایه بیمه در صورت حیات بیمه شده:

ردیف	نام و نام خانوادگی	نام پدر	کد ملی	تاریخ تولد	نسبت یا بیمه شده	درصد	شماره تلفن
۱							

۵- تغییر استفاده کننده از سرمایه بیمه در صورت فوت بیمه شده:

(در صورت حذف ذی نفع، ذکر شود):

ردیف	نام و نام خانوادگی	نام پدر	کد ملی	تاریخ تولد	نسبت یا بیمه شده	درصد	اولویت	شماره تلفن
۱								
۲								
۳								
۴								
۵								

لطفاً به نکات ذیل توجه فرمائید:

- ۱) تکمیل این فرم بدون صدور الحاقیه هیچ گونه تعهدی برای شرکت بیمه پاسارگاد ایجاد نمی نماید و هیچ نوع خسارتی قابل مطالبه نخواهد بود.
- ۲) در صورت وجود تأخیر در اقساط پرداختی یا درخواست تغییرات جهت افزایش (تعهدات و پوشش های تکمیلی) تکمیل فرم گواهی پزشکی عمر و تأمین آتیه به همراه فرم ضمیمه الزامی می باشد. تکمیل فرم گواهی پزشکی عمر و تأمین آتیه توسط بیمه شده (افراد دارای سن بالاتر از ۱۵ سال) مورد پذیرش می باشد.
- ۳) در صورت تغییر ذی نفع/ذخ رضایت بیمه شده الزامی می باشد (رضایت ولی/قیم برای افراد کمتر از ۱۵ سال سن)
- ۴) افزایش مبلغ، افزایش درصد حق بیمه و تغییر روش پرداخت اقساط فقط در پایان سال بیمه ای بیمه نامه مقدور می باشد.
- ۵) صدور الحاقیه تغییر نماینده منوط به تأخیر آخرین پوشش بیمه نامه بیش از یک سال بوده و الزاماً نماینده فروش جدید نیز باید دارای کد فروش بیمه عمر باشد.
- ۶) به منظور اخذ پوشش معافیت از پرداخت حق بیمه درج شغل در فرم الزامی می باشد (عناوین عام نظیر کارگر، آزاد، عنوان رشته تحصیلی و کارمند مورد قبول نمی باشد).
- ۷) هنگام تغییر بیمه گزار و تغییر ذی نفع های بیمه نامه و یا تغییر مشخصات، علاوه بر درج کامل مشخصات در فرم درخواست، تصویر کارت شناسایی های مربوطه نیز ضمیمه شود.
- ۸) در فرم گواهی پزشکی عمر و تأمین آتیه در قسمت شاهد درج تاریخ و کد ملی نماینده فروش/بازاریاب و هم چنین تأییدیه مبنی بر رویت بیمه شده الزامی است، در غیر این صورت درخواست الحاقیه قابل انجام نمی باشد.
- ۹) درخواست الحاقیه و همچنین فرم گواهی پزشکی می بایست خوانا و صحیح تکمیل و به اداره صدور الحاقیه تحویل شود و در صورت مخدوش بودن فرم های مربوط (خط خوردگی یا لاک گرفتگی) می بایست فرم جدید تکمیل شود یا تأیید مجدد بیمه گزار بیمه شده/نماینده/ذخ و سپس صدور انجام خواهد شد.

فرم ۱۰۱۸۳۳۳۳۳۳

توضیحات:

مهر و امضاء نمایندگان/مدیر ارشد:

نام، نام خانوادگی امضاء بیمه شده:

نام، نام خانوادگی و امضاء بیمه گزار:

تاریخ:/...../.....

تاریخ:/...../.....
شماره تلفن همراه:

تاریخ:/...../.....
شماره تلفن همراه:

www.pasargadinsurance.ir

مجتمع تخصصی بیمه های عمر و تأمین آتیه: تهران-خیابان مطهری-خیابان کوه نور-کوچه ششم-پلاک ۸ کدپستی: ۱۵۸۷۶۷۴۱۱۱ | تلفن: ۰۲۱)۸۲۴۸۹ | دورنگار: ۰۲۱)۴۰۸۸۱۳۹۷