

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



واحد صدور الحاقیه 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:</p> <p>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"/> ۵۰٪ <input type="checkbox"/> ۱۰۰٪</p> <p>پرداخت سرمایه به میزان: حذف پوشش <input type="checkbox"/> ۱۰٪ <input type="checkbox"/> ۲۵٪ <input type="checkbox"/> ۴۰٪</p> <p>سرمایه بیمه عمر (حداکثر تا مبلغ دو میلیارد ریال)</p> | <p>۳-۲ حادثه</p> <p>فوت: حذف پوشش <input type="checkbox"/> ۱ <input type="checkbox"/> ۲ <input type="checkbox"/> ۳ برابر سرمایه بیمه عمر</p> <p>حداکثر تا مبلغ بیست میلیارد ریال <input type="checkbox"/></p> <p>نقص عضو و از کارافتادگی: حذف پوشش <input type="checkbox"/> ۱ <input type="checkbox"/> ۲ <input type="checkbox"/> ۳ برابر سرمایه بیمه عمر</p> <p>حداکثر تا مبلغ ده میلیارد ریال <input type="checkbox"/></p> <p>هزینه پزشکی: حذف پوشش <input type="checkbox"/> ۵٪ <input type="checkbox"/> ۱۰٪ سرمایه حادثه (فوت)</p> |
| <p>۳-۳ بیماری های خاص</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٪</p> <p>سرمایه بیمه عمر (حداکثر تا مبلغ سه میلیارد ریال)</p> | <p>۳-۴ آتش سوزی</p> <p>ضریب سرمایه بیمه آتش سوزی منزل مسکونی: حذف پوشش <input type="checkbox"/></p> <p>برابر حق بیمه (حداکثر تا مبلغ ۸,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال) <input type="checkbox"/> ۵۰۰ <input type="checkbox"/> ۷۵۰ <input type="checkbox"/> ۱۰۰۰ <input type="checkbox"/> ۱۵۰۰</p> <p>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>سایر خطرات اضافی پوشش حادثه</p> <p>۳-۲-۱ زلزله و آتشفشان <input type="checkbox"/></p> <p>۳-۲-۱-۱ حذف پوشش <input type="checkbox"/></p> <p>۳-۲-۲ اعتصاب، شورش، بلوا <input type="checkbox"/></p> <p>۳-۲-۲-۱ حذف پوشش <input type="checkbox"/></p> | <p>پوشش خطرات اضافی زلزله و آتشفشان</p> <p>۳-۴-۱-۱ همراه با بیمه آتش سوزی <input type="checkbox"/></p> <p>۳-۴-۱-۲ حذف پوشش <input type="checkbox"/></p> <p>نرخ افزایش سرمایه بیمه آتش سوزی</p> <p>۳-۴-۲-۱ <input type="checkbox"/> ۵٪ <input type="checkbox"/> ۱۰٪</p> <p>۳-۴-۲-۲ حذف درصد <input type="checkbox"/></p> |

<<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 با 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 با 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 و آتیه توسط بیمه شده (افراد دارای سن بالاتر از ۱۵ سال) مورد پذیرش می باشد.
- ۳) در صورت تغییر ذی نفع، اخذ 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 مقدر 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 مربوطه (خط خوردگی یا لاک گرفتگی) می بایست فرم جدید تکمیل شود یا تأیید مجدد بیمه گزار بیمه شده/نماینده/اخذ و سپس صدور انجام خواهد شد.

توضیحات:

نام، نام خانوادگی و امضاء بیمه گزار:

نام، نام خانوادگی امضاء بیمه شده:

مهر و امضاء نمایندگی/مدیر ارشد:

تاریخ:/...../.....

تاریخ:/...../.....

شماره تلفن همراه:/...../.....

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)۴۰۸۸۱۲۹۷