

"فرم درخواست الحاقیه تغییر بیمه‌نامه عمر و سرمایه‌گذاری به بیمه‌نامه عمر و بازنشستگی تکمیلی"

شماره بیمه‌نامه:
تاریخ صدور:
تاریخ درخواست:
تلفن همراه/تلفن ثابت:

اینجانب بیمه‌گذار بیمه‌نامه به شماره با کدملی درخواست تبدیل بیمه‌نامه عمر و سرمایه‌گذاری به بیمه‌نامه عمر و بازنشستگی تکمیلی با شرایط زیر را دارم.

<input type="checkbox"/> تغییر نحوه پرداخت حق بیمه:	<input type="checkbox"/> افزایش/کاهش مبلغ حق بیمه:	<input type="checkbox"/> تغییر شغل بیمه‌شده:
از به	از به ریال	شرح کامل شغل جدید:
<input type="checkbox"/> افزایش/کاهش سرمایه فوت:	<input type="checkbox"/> افزایش/کاهش مدت بیمه‌نامه:	
از به ریال	از به سال	
<input type="checkbox"/> افزایش/کاهش نرخ تعدیل حق بیمه:	<input type="checkbox"/> افزایش/کاهش نرخ تعدیل سرمایه فوت:	
از به درصد	از به درصد	
<input type="checkbox"/> واریز به اندوخته / برداشت از اندوخته:		

"واریز به مبلغ ریال، برداشت به مبلغ ریال، (حداکثر مبلغ مجاز برداشت معادل ۹۰٪ اندوخته بیمه‌نامه می‌باشد)"

نحوه دریافت مستمری:

مدت دریافت مستمری: سال (از ۱ سال تا مادام‌العمر) با تضمین (..... سال) بدون تضمین

سرمایه فوت به هر علت در زمان دریافت مستمری: عدم درخواست به میزان ریال (در صورت تضمین مدت دریافت مستمری، حداکثر سرمایه فوت به هر علت معادل مبلغ ۲,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال می‌باشد).

تغییر - حذف/اضافه سرمایه پوشش‌های تکمیلی:

پوشش فوت بر اثر حادثه:	<input type="checkbox"/> حذف <input type="checkbox"/> اضافه	تغییر از به
پوشش نقص عضو و ازکارافتادگی بر اثر حادثه:	<input type="checkbox"/> حذف <input type="checkbox"/> اضافه	تغییر از به
پوشش هزینه پزشکی بر اثر حادثه:	<input type="checkbox"/> حذف <input type="checkbox"/> اضافه	
پوشش امراض خاص:	<input type="checkbox"/> حذف <input type="checkbox"/> اضافه	
پوشش سرطان:	<input type="checkbox"/> حذف <input type="checkbox"/> اضافه	

در صورتیکه بیمه‌گذار و بیمه‌شده متفاوت باشند:

پوشش معافیت از پرداخت حق بیمه در صورت فوت و ازکارافتادگی بیمه‌گذار: حذف اضافه

در صورتیکه بیمه‌گذار و بیمه‌شده یکسان باشند:

پوشش معافیت از پرداخت حق بیمه در صورت ازکارافتادگی بیمه‌شده: حذف اضافه

تذکر: کلیه درخواست‌هایی که منجر به تغییر حق بیمه می‌شود (الحاقیه با بار مالی) از ابتدای سال بیمه‌ای جدید اعمال خواهد شد.

بدینوسیله گواهی می‌شود که اطلاعات مندرج در فرم را با صحت و دقت تکمیل نموده‌ام. ضمناً با اطلاع از شرایط پیشنهادی در این فرم موافقت خود را در ارتباط با تمامی مفاد آن اعلام می‌دارم.

تاریخ و امضاء بیمه‌گذار:

تاریخ و امضاء بیمه‌شده:

اینجانب با کد ضمن احراز هویت بیمه‌گذار، و ارائه اطلاعات و توضیحات کافی در خصوص تبعات تغییرات مورد درخواست، انجام تغییرات مورد نظر را مطابق درخواست مشروحه فوق در بیمه‌نامه ایشان به شماره تایید می‌نمایم.

نام و نام خانوادگی نماینده:

تاریخ / امضاء

انجام تغییرات مورد درخواست با توجه به شرایط و مقررات بیمه‌نامه:

بلامانع است. امکانپذیر نمی‌باشد. نیاز به معاینه پزشک دارد.

تاریخ/امضاء کارشناس صدور: