

فرم تغییرات در شرایط مندرج در بیمه نامه عمر و سرمایه گذاری

شماره بیمه نامه: نام و نام خانوادگی بیمه گذار: نام و نام خانوادگی بیمه شده:

۱- تغییر در مشخصات بیمه نامه:

عنوان	از	به	پوشش تکمیلی	اضافه گردد	حذف گردد	مبلغ سرمایه تکمیلی
حق بیمه عمر سالانه			حادثه بیمه شده اصلی			
سرمایه فوت بیمه شده اصلی			امراض بیمه شده اصلی			
سرمایه فوت بیمه شده فرعی			معافیت بیمه شده اصلی			
ضریب تعدیل حق بیمه			حادثه بیمه شده فرعی			
ضریب تعدیل سرمایه فوت			امراض بیمه شده فرعی			

۲- تغییر در مشخصات ذینفعان در صورت فوت بیمه شده اصلی:

ردیف	نام و نام خانوادگی	کد ملی	نام پدر	تاریخ تولد	نسبت با بیمه شده	درصد سهم
۱						
۲						
۳						

۳- تغییر در مشخصات استفاده کننده در صورت فوت بیمه شده فرعی:

ردیف	نام و نام خانوادگی	کد ملی	نام پدر	تاریخ تولد	نسبت با بیمه شده	درصد سهم
۱						
۲						
۳						

۴- تغییر در مشخصات استفاده کننده در صورت حیات بیمه شده:

ردیف	نام و نام خانوادگی	کد ملی	نام پدر	تاریخ تولد	نسبت با بیمه شده	درصد سهم
۱						

۵- تغییر بیمه گذار:

نام و نام خانوادگی	کد ملی	نام پدر	شماره شناسنامه	تاریخ تولد

۶- تغییر آدرس:

آدرس جدید	کد ملی:	کد پستی:	شماره تلفن:

۷- اصلاح مشخصات بیمه گذار:

نام و نام خانوادگی	کد ملی	نام پدر	شماره شناسنامه	تاریخ تولد	محل صدور

۸- اصلاح مشخصات بیمه شده اصلی:

نام و نام خانوادگی	کد ملی	نام پدر	شماره شناسنامه	تاریخ تولد	محل صدور

۹- اصلاح مشخصات بیمه شده فرعی:

نام و نام خانوادگی	کد ملی	نام پدر	شماره شناسنامه	تاریخ تولد	محل صدور

۱۰- تغییر روش پرداخت حق بیمه :

از	به

۱۱- تغییر مدت بیمه نامه از () سال به () سال

- تغییر روش پرداخت حق بیمه تنها در قراردادهای گروهی، در صورت قطع همکاری بیمه شده با سازمان/ شرکت طرف قرارداد ، از پرداخت اقساطی به سالانه اجرا می گردد.

چنانچه متقاضی اضافه و یا حذف پوششهای زیر هستید گزینه مورد نظر را انتخاب نمایید.

- درخواست بیمه تکمیلی بیماریهای تحت پوشش :**

اینجانب بیمه شده بیمه نامه فوق الذکر خواستار افزودن پوشش تکمیلی بیماریهای تحت پوشش به بیمه نامه فوق الذکر می باشم. همچنین اعلام می دارم تا این تاریخ هیچ گونه سابقه ابتلا به بیماریهای (سکته قلبی، سکته مغزی، پیوند اعضا، سرطان و جراحی عروق کرونر (جراحی قلب)) را نداشته ام. اضافه گردد - حذف گردد.

درخواست بیمه تکمیلی معافیت از پرداخت حق بیمه به دلیل از کار افتادگی دائم و کامل بیمه شده :

اینجانب بیمه شده بیمه نامه فوق الذکر خواستار افزودن پوشش تکمیلی معافیت از پرداخت حق بیمه، به بیمه نامه فوق الذکر می باشم. همچنین گواهی می نمایم وضعیت سلامتی اینجانب در این تاریخ نسبت به زمان شروع بیمه نامه تغییری ننموده است. اضافه گردد حذف گردد

- شغل بیمه شده :**

۱۲- برقراری پوشش مجدد (حذف سال بیمه ای) :

حذف سال های بیمه ای	تاریخ شروع پوشش مجدد
..... / / / / ۱۳.....

اظهار سلامتی :

اینجانب () اعلام می دارم که در طول مدت قرارداد بیمه نامه شماره () از تاریخ / / لغایت / / هیچگونه تغییر در وضعیت سلامتی جسمی و روحی اینجانب که منجر به مطالبه غرامت از آن شرکت گردد، ایجاد نشده است. چنانچه خلاف اظهارات فوق اثبات و یا احراز گردد بیمه گر (شرکت بیمه کار آفرین) حق داشته در صورت ادعای خسارت آنرا پرداخت ننماید. ضمناً اعلام می دارد پوشش عمر و پوششهای تکمیلی آن در طول مدت تعلیق قرارداد منفک و مستقل از تعهدات بیمه گر نسبت به بیمه عمر و سرمایه گذاری می باشد. بدین توضیح که، تاخیر در پرداخت حق بیمه تأثیر مستقیم در سرمایه گذاری اینجانب در بیمه فوق اشاره را دارد.

۱- امضاء بیمه گذار جدید : ۳- امضاء بیمه شده اول : ۴- امضاء بیمه شده دوم :

۲- امضاء بیمه گذار قدیم : ۵- مهر و امضاء نمایندگی :

امضاء بیمه گذار و بیمه شده مورد تایید این نمایندگی میباشد

نظریه مسئول ارزیابی ریسک :

تاریخ :

تأییدیه مدیریت بیمه عمر و سرمایه گذاری : تاریخ :