



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

"فرم درخواست الحاقیه" تاریخ: ...../...../13.....

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

اینجانب ..... بیمه گذار بیمه نامه ...../...../...../48 درخواست اصلاح/ تغییر شرایط ذیل را دارم:  
**B** افزایش/ کاهش مبلغ حق بیمه از ..... ریال به ..... ریال.  
**B** افزایش/ کاهش مبلغ سپرده از ..... ریال به ..... ریال.  
**B** افزایش/ کاهش مدت بیمه نامه از ..... سال به ..... سال.  
**B** افزایش/ کاهش ضریب سرمایه بیمه عمر از ..... برابر حق بیمه به ..... برابر حق بیمه.  
**B** افزایش/ کاهش درصد نرخ حق بیمه از .....% به .....% (تغییر این پوشش در پایان هر سال بیمه ای امکان پذیر می باشد).  
**B** افزایش/ کاهش درصد نرخ سرمایه بیمه عمر از .....% به .....% (تغییر این پوشش در پایان هر سال بیمه ای امکان پذیر می باشد).

**B** تغییر روش پرداخت حق بیمه از ..... به ..... (پایان سال بیمه ی)

**B** اضافه / حذف پوشش های تکمیلی به شرح ذیل:

از کارافتادگی کامل و دائم: ( شغل بیمه شده: .....)

**B** معافیت از پرداخت: حذف پوشش £ 50% £ 100%

**B** پرداخت سرمایه: حذف پوشش £ 10% £ 25% £ 40%

حادثه:

**B** فوت: حذف پوشش £ یک £ دو £ سه سرمایه بیمه عمر

**B** نقص عضو و از کارافتادگی حذف پوشش £ یک £ دو £ سه سرمایه بیمه عمر

**B** هزینه پزشکی: حذف پوشش £ 5% £ 10% خطرات اضافی زلزله و آتشفشان £ اعتصاب شورش، بلوا £

بیماری خاص:

**B** سرمایه ابتلا به بیماری خاص به میزان: حذف پوشش £ 10% £ 20% £ 30%

**B** افزایش/ کاهش سرمایه آتش سوزی منزل مسکونی: حذف پوشش £ 500 £ 750 £ 1000 £ 1500 برابر حق بیمه ماهانه

**B** افزایش سرمایه آتش سوزی 5 درصد £ 10 درصد £ پوشش خطرات اضافی زلزله و آتش فشان همراه آتش سوزی £

نشانی منزل مسکونی: .....

کدپستی: .....

**B** تغییر استفاده کننده از سرمایه بیمه در صورت حیات:

ردیف	نام و نام خانوادگی	نام پدر	کدملی	نسبت	درصد
1					

**B** تغییر استفاده کننده از سرمایه بیمه در صورت فوت بیمه شده: (در صورت حذف ذینفعان قبلی، مشخص گردد)

ردیف	نام و نام خانوادگی	نام پدر	کدملی	نسبت	درصد	اولویت
1						
2						
3						

توجه: 1) تکمیل این فرم بدون صدور الحاقیه هیچگونه تعهدی برای شرکت ایجاد نمی نماید.

2) در صورت وجود تاخیر در اقساط پرداختی و افزایش حق بیمه (افزایش تعهدات و پوشش های شرکت) تکمیل فرم گواهی پزشکی الزامی می باشد.

3) در صورت تغییر ذینفع رضایت بیمه شده الزامی می باشد.

مهر و امضاء نمایندگی نام و امضاء بیمه گذار: نام و امضاء بیمه شده:  
تاریخ: تاریخ: