

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								

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 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 در شغل در فرم الزامی می باشد (عناوین عام نظیر کارگر، آزاد، عنوان رشته تحصیلی و کارمند مورد قبول نمی باشد).
- ۷) هنگام تغییر بیمه گذار 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 تائیدیه 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 تائید مجدد بیمه گذار/بیمه شده/نماینده/اخذ و سپس صدور انجام خواهد شد.

مهر و امضاء نمایندگی/مدیر ارشد:

نام و امضاء بیمه شده:

نام و امضاء بیمه گذار:

تاریخ:

تاریخ:

تاریخ:

