



فرم درخواست الحاقیه بیمه عمر و تامین آتیه

مشخصات و درخواست بیمه گذار:

احتراماً اینجانب (آقای/خانم) فرزند با کد ملی

بیمه گذار بیمه نامه شماره / / - ۰۰ / / ۴۸ درخواست تغییرات به شرح ذیل را در بیمه نامه مذکور دارم:

۱	افزایش <input type="checkbox"/> کاهش <input type="checkbox"/> مبلغ حق بیمه ماهانه از به ریال																																														
۲	برداشت سپرده به مبلغ ریال و واریز به شبای IR.....																																														
۳	افزایش <input type="checkbox"/> کاهش <input type="checkbox"/> مدت بیمه نامه از سال به سال																																														
۴	افزایش <input type="checkbox"/> کاهش <input type="checkbox"/> ضریب سرمایه عمر از به برابر حق بیمه ماهانه																																														
۵	افزایش <input type="checkbox"/> کاهش <input type="checkbox"/> نرخ افزایش سالانه حق بیمه از به درصد																																														
۶	افزایش <input type="checkbox"/> کاهش <input type="checkbox"/> نرخ افزایش سالانه سرمایه بیمه عمر از به درصد																																														
۷	تغییر روش پرداخت اقساط از به																																														
۸	معافیت از پرداخت حق بیمه در صورت از کارافتادگی: حذف پوشش <input type="checkbox"/> ۵۰٪ <input type="checkbox"/> ۱۰۰٪ <input type="checkbox"/> شغل بیمه شده:																																														
۹	پرداخت سرمایه در صورت از کارافتادگی: حذف پوشش <input type="checkbox"/> ۱۰٪ <input type="checkbox"/> ۲۵٪ <input type="checkbox"/> ۴۰٪ <input type="checkbox"/>																																														
۱۰	فوت بر اثر حادثه: حذف پوشش <input type="checkbox"/> ۱ <input type="checkbox"/> ۲ <input type="checkbox"/> ۳																																														
۱۱	نقص عضو بر اثر حادثه: حذف پوشش <input type="checkbox"/> ۱ <input type="checkbox"/> ۲ <input type="checkbox"/> ۳																																														
۱۲	هزینه پزشکی حادثه: حذف پوشش <input type="checkbox"/> ۵٪ <input type="checkbox"/> ۱۰٪ <input type="checkbox"/> پوشش زلزله، آتش فشان <input type="checkbox"/> پوشش اعتصاب، شورش <input type="checkbox"/>																																														
۱۳	بیماری های خاص: حذف پوشش <input type="checkbox"/> ۵٪ <input type="checkbox"/> ۱۰٪ <input type="checkbox"/> ۱۵٪ <input type="checkbox"/> ۲۰٪ <input type="checkbox"/> ۳۰٪																																														
۱۴	آتش سوزی منزل مسکونی: حذف پوشش <input type="checkbox"/> ۵۰۰ <input type="checkbox"/> ۷۵۰ <input type="checkbox"/> ۱۰۰۰ <input type="checkbox"/> ۱۵۰۰ به آدرس: کد پستی:																																														
۱۵	تغییر استفاده کنندگان در صورت حیات <input type="checkbox"/> یا فوت <input type="checkbox"/> بیمه شده (در صورت افزودن شخص جدید <u>کپی کارت شناسایی الزامی است</u>): <table border="1"> <tr> <td colspan="2">وراث قانونی به نسبت سهم الارث <input type="checkbox"/></td> <td colspan="2">وراث قانونی به نسبت مساوی <input type="checkbox"/></td> <td colspan="2">سایر (به شرح جدول ذیل) <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <th>ردیف</th> <th>نام</th> <th>نام خانوادگی (نام موسسه)</th> <th>نام پدر</th> <th>کد ملی (شماره ثبت)</th> <th>تاریخ تولد</th> <th>نسبت با بیمه شده</th> <th>درصد سهم اولویت</th> </tr> <tr> <td>۱</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>۲</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>۳</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>۴</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	وراث قانونی به نسبت سهم الارث <input type="checkbox"/>		وراث قانونی به نسبت مساوی <input type="checkbox"/>		سایر (به شرح جدول ذیل) <input type="checkbox"/>		ردیف	نام	نام خانوادگی (نام موسسه)	نام پدر	کد ملی (شماره ثبت)	تاریخ تولد	نسبت با بیمه شده	درصد سهم اولویت	۱								۲								۳								۴							
وراث قانونی به نسبت سهم الارث <input type="checkbox"/>		وراث قانونی به نسبت مساوی <input type="checkbox"/>		سایر (به شرح جدول ذیل) <input type="checkbox"/>																																											
ردیف	نام	نام خانوادگی (نام موسسه)	نام پدر	کد ملی (شماره ثبت)	تاریخ تولد	نسبت با بیمه شده	درصد سهم اولویت																																								
۱																																															
۲																																															
۳																																															
۴																																															

اطلاعات آخرین قسط پرداخت شده:

مبلغ: ریال ، شماره قسط: ، روش پرداخت: ماهانه سه ماهه شش ماهه سالانه ، تاریخ سررسید: / /

تایید نماینده (شاهد) و بیمه گذار:

تاریخ، نام و امضای بیمه گذار
تاریخ، نام و امضای بیمه شده
(در صورت تغییر ذینفع)

تاریخ، مهر و امضای نماینده
نام و کد نماینده / مدیر فروش
* بیمه گذار توسط اینجانب رویت شد.

تلفن همراه نماینده:

شغل بیمه شده:

تلفن همراه بیمه گذار:



فرم گواهی پزشکی بیمه عمر و تامین آتیه

بیمه شده موظف است شخصا به هر یک از سوالات زیر جهت تجدید اعتبار با افزایش تعهدات بیمه نامه پاسخ کامل و صحیح بدهد

نام و نام خانودگی بیمه شده	تاریخ تولد	شماره بیمه نامه	تاریخ شروع بیمه نامه	تاریخ آخرین پوشش	مدت تاخیر	قد	وزن
شغل :							
آدرس محل کار :							
آدرس منزل :							
تلفن :							
تلفن :							

سوالات پزشکی

آیا به بیماری های زیر دچار بوده و یا هستید ؟

بیماری	بله	خیر	بیماری	بله	خیر	بیماری	بله	خیر
۱ قلب			۱۱ صرع (تشنج)			۶ غدد داخلی		
۲ فشار خون			۱۲ استخوان			۷ سرطان		
۳ هر نوع تومور			۱۳ خونی			۸ ایدز		
۴ مغز			۱۴ روحی و عصبی			۹ دیابت		
۵ گوارشی			۱۵ چشمی			۱۰ گوش و حلق و بینی		

در صورت مثبت بودن پاسخ هر کدام از سوالات فوق در این قسمت مشروحا توضیح دهید :

در صورتیکه به بیماری های دیگری غیر از موارد ذکر شده مبتلا بوده و یا هستید توضیح دهید :

آیا وضعیت سلامتی شما در حال حاضر نسبت به زمان شروع بیمه نامه تغییر کرده است ؟

بله خیر

آیا از تاریخ شروع بیمه نامه تا به حال در بیمارستان یا مراکز درمانی بستری بوده اید ؟

بله خیر

آیا در بین افراد خانواده شما (پدر، مادر، برادر و خواهر) از زمان شروع قرارداد تا کنون کسی فوت شده است ؟

بله خیر

آیا رشته (های) ورزشی خاصی انجام می دهید ؟

بله خیر

آیا سابقه مصرف سیگار/مشروبات الکلی و مواد مخدر داشته و یا مصرف می نمایند؟

بله خیر

آیا باردار هستید ؟ (مخصوص بانوان)

بله خیر

آیا تا کنون خسارتی از محل بیمه نامه خود دریافت نموده اید ؟

بله خیر

در صورت مثبت بودن هر یک از سوالات فوق توضیح دهید :

سلامتی ظاهری بیمه شده را تایید و گواهی می نمایم که فرم سلامت توسط بیمه شده تکمیل و امضاء شد.	اینجانب بدینوسیله تعهد می نمایم که کلیه جواب های داده شده کامل و با حقیقت منطبق بوده، بنابراین پوشش بیمه اینجانب بر پایه اظهارات فوق می باشد.
مهر و امضاء نمایندگی (شاهد) :	امضاء بیمه شده :
تاریخ :	تاریخ :

نظرات پزشک معتمد بیمه پاسارگاد راجع به وضع سلامتی بیمه شده و اداره صدور :