



بیمه یاسانگاد

تاریخ : / / ۱۳.....

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

فرم درخواست الحاقیه

واحد صدور بیمه نامه عمر و تامین آتیه شعبه

با سلام و احترام

اینجانب با کد ملی بیمه گذار بیمه نامه / ۱۳..... / ۴۸ /

درخواست اصلاح/تغییر شرایط ذیل را دارم:

*افزایش / کاهش مبلغ حق بیمه از ریال به ریال (افزایش مبلغ در پایان هر سال بیمه ای امکان پذیر می باشد)

* افزایش / کاهش مبلغ سپرده از ریال به ریال

* افزایش / کاهش مدت بیمه نامه از سال به سال

* افزایش / کاهش ضریب سرمایه بیمه عمر از برابر حق بیمه به برابر حق بیمه

* افزایش / کاهش نرخ حق بیمه % به % (تغییر این پوشش در پایان سال بیمه ای امکان پذیر می باشد)

* افزایش / کاهش نرخ سرمایه بیمه عمر از % به %

* تغییر روش پرداخت حق بیمه از به (تغییر این پوشش در پایان سال بیمه ای امکان پذیر می باشد)

تغییر آدرس منزل : شهر..... آدرس.....

تغییر شماره تلفن همراه :

*اضافه / حذف پوشش های تکمیلی به شرح ذیل :

از کارفتادگی کامل و دائم :

* معافیت از پرداخت : حذف پوشش ☐ ۱۰۰٪ ☐ ۵۰٪ حق بیمه

(شغل بیمه شده :) * پرداخت سرمایه : حذف پوشش ☐ ۱۰٪ ☐ ۲۵٪ ☐ ۴۰٪ سرمایه بیمه عمر

حادثه :

* فوت :

حذف پوشش ☐ یک ☐ دو ☐ سه برابر سرمایه بیمه عمر

* نقص عضو و از کارافتادگی :

حذف پوشش ☐ یک ☐ دو ☐ سه برابر سرمایه بیمه عمر

* هزینه پزشکی :

حذف پوشش ☐ ۵٪ ☐ ۱۰٪ خطرات اضافی بیمه حادثه : زلزله و آتشفشان ☐ اعتصاب، شورش ، بلوا ☐

بیماری خاص :

حذف پوشش ☐ ۱۰٪ ☐ ۲۰٪ ☐ ۳۰٪ سرمایه بیمه عمر

*افزایش/ کاهش سرمایه آتش سوزی منزل مسکونی: حذف پوشش ☐ ۵۰۰ ☐ ۷۵۰ ☐ ۱۰۰۰ ☐ ۱۵۰۰ برابر حق بیمه ماهانه

*نشانی منزل مسکونی: شهر : آدرس:

کد پستی : پوشش خطرات اضافی : زلزله و آتشفشان همراه با آتش سوزی ☐ درصد افزایش سرمایه آتش سوزی : ۵٪ ☐ ۱۰٪ ☐

تغییر استفاده کننده از سرمایه بیمه در صورت حیات:

ردیف	نام و نام خانوادگی	نام پدر	کد ملی	نسبت	درصد
۱					

تغییر استفاده کننده از سرمایه در صورت فوت بیمه شده :

ردیف	نام و نام خانوادگی	نام پدر	کد ملی	نسبت	درصد
۱					
۲					
۳					

توجه : (۱) در صورت تاخیر در اقساط پرداختی و افزایش حق بیمه (افزایش تعهدات شرکت) تکمیل فرم گواهی پزشکی الزامی می باشد.

(۲) تکمیل این فرم بدون صدور الحاقیه هیچگونه تعهدی برای شرکت ایجاد نمی نماید.

آخرین قسط پرداختی - شماره قسط : تاریخ پرداخت :

نام و امضا بیمه گذار:

تاریخ:

تلفن همراه نماینده:

تلفن همراه بیمه گذار:

مهر و امضا نمایندگی:

تاریخ: