

شماره بیمه نامه:	نام و نام خانوادگی بیمه گذار:	نام و کد عامل فروش:	تاریخ درخواست:
..... / ۴۶۰ / ۱۳.....			

ردیف	نوع تغییر مورد درخواست	تغییر درخواستی
۱	سرمایه فوت (ریال)	از ریال به ریال
۲	حق بیمه سالیانه (ریال)	از ریال به ریال
۳	نرخ تعدیل سالیانه سرمایه فوت	از درصد به درصد
۴	نرخ تعدیل سالیانه حق بیمه	از درصد به درصد
۵	روش پرداخت حق بیمه	از به
۶	پوشش های تکمیلی مورد درخواست	☐ پوشش فوت ناشی از حادثه معادل ---- درصد سرمایه فوت ☐ پوشش امراض خاص معادل ---- درصد سرمایه فوت ☐ پوشش از کارافتادگی دائم ناشی از حادثه معادل ---- درصد سرمایه فوت ☐ پوشش معافیت از پرداخت حق بیمه ☐ پوشش هزینه های پزشکی بر اثر حادثه تا ---- درصد سرمایه فوت ☐ پوشش درآمد از کار افتادگی در صورت از کارافتادگی کامل معادل ---- برابر حق بیمه (در صورت داشتن پوشش معافیت از پرداخت حق بیمه)
۷	حذف پوشش های تکمیلی	☐ پوشش فوت ناشی از حادثه ☐ پوشش امراض خاص ☐ پوشش از کارافتادگی دائم ناشی از حادثه ☐ پوشش معافیت از پرداخت حق بیمه ☐ پوشش هزینه پزشکی ناشی از حادثه ☐ پوشش درآمد از کار افتادگی
۸	افزایش مدت بیمه نامه	از به علت درخواست:
۹	اضافه نرخ شغلی و پزشکی	از به علت درخواست:
۱۰	آیا هزینه پوشش های تکمیلی جداگانه محاسبه گردد؟	☐ بله ☐ خیر
۱۱	تعدیل اندوخته	☐ افزایش اندوخته سرمایه گذاری به مبلغ ریال * سرمایه فوت طبیعی فعلی (طبق جدول) ریال (توجه: مبلغ درخواستی جهت افزایش اندوخته نباید بیشتر از میزان سرمایه فوت طبیعی باشد)
۱۲	تغییر آدرس / تلفن بیمه گذار	آدرس جدید بیمه گذار: شماره تماس جدید بیمه گذار (تلفن ثابت و همراه): آدرس جدید بیمه شده: شماره تماس جدید بیمه شده (تلفن ثابت و همراه):
۱۳	تغییر مشخصات شناسنامه ای بیمه گذار / بیمه شده * در صورت تغییر مشخصات، ارائه کپی صفحات اول و آخر آن الزامی است	مشخصات نیازمند به اصلاح:

ردیفهای مورد درخواست می باشد / باشند.

توجه: در صورت افزایش سرمایه فوت، افزایش نرخ تعدیل سالیانه سرمایه فوت، افزایش نرخ تعدیل حق بیمه (در صورت وجود پوشش معافیت)، درخواست پوشش های تکمیلی، افزایش حق بیمه در صورت داشتن پوشش معافیت، تغییر مدت بیمه نامه و درخواست پوشش درآمد از کارافتادگی، بیمه شده یا قیم قانونی وی و بیمه گذار می بایست پرسشنامه تکمیلی پزشکی (LIF039) را تکمیل نموده و همراه فرم درخواست تغییرات ارسال نمایند.

در صورت درخواست تغییر ذینفعان، قسمت ذیل تکمیل گردد

استفاده کنندگان اولیه:

ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره شناسنامه	نام پدر	کد ملی	تاریخ تولد	نسبت با بیمه شده	در صد سهم	فوت	حیات
۱								☐	☐
۲								☐	☐
۳								☐	☐
۴								☐	☐

استفاده کنندگان ثانویه:

ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره شناسنامه	نام پدر	کد ملی	تاریخ تولد	نسبت با بیمه شده	در صد سهم	فوت	حیات
۱								☐	☐
۲								☐	☐
۳								☐	☐
۴								☐	☐

اینجانب موافقت می نمایم تعهدات بیمه گر در خصوص این تغییرات از تاریخ اعمال مندرج توسط بیمه گر و به شرط عدم تغییر وضعیت جسمانی و شغلی بیمه شده و بیمه گذار قابل اجرا خواهد بود.

نام و امضاء نماینده:

تاریخ:

نام و امضاء بیمه شده یا قیم قانونی وی:

تاریخ:

نام و امضاء بیمه گذار:

تاریخ:

* تایید صحت امضا توسط رئیس شعبه:

* تایید صحت امضا توسط مسئول بایگانی: