

بیمه سامان
فرم درخواست تغییرات در بیمه نامه عمر و تشکیل سرمایه

کد مدرک:
LIF027

شماره صفحه	شماره تجدید نظر	تاریخ	شرح تغییرات
کلیه صفحات	۰۰	۱۳۹۱/۰۴/۰۵	صدور اولیه
کلیه صفحات	۰۱	۱۳۹۲/۱۲/۰۷	افزودن آیتم شماره ۱۲ در جدول تغییرات درخواستی بیمه گذار
کلیه صفحات	۰۲	۱۳۹۳/۰۴/۰۸	حذف شرط زمانی (۶ماهه از تاریخ تکمیل پرسشنامه) جهت تکمیل فرم پرسشنامه تکمیلی پزشکی (LIF039) برای صدور الحاقیه‌های افزایشی
کلیه صفحات	۰۳	۱۳۹۳/۰۹/۰۹	افزودن آیتم "تاریخ درخواست"
کلیه صفحات	۰۴	۱۳۹۳/۱۲/۰۲	اصلاح جداول مربوط به استفاده کنندگان اولیه و ثانویه و اضافه نمودن تعهد بیمه گذار در خصوص تاریخ شروع تعهدات بیمه‌گر
کلیه صفحات	۰۵	۱۳۹۵/۰۵/۱۷	حذف ردیف مربوط به تغییر کد معرف و اضافه نمودن ردیف اضافه نرخ شغلی و پزشکی
کلیه صفحات	۰۶	۱۳۹۶/۰۶/۰۶	اضافه نمودن محلی برای اعلام تغییرات آدرس / شماره تماس و یا مشخصات شناسنامه‌ای بیمه‌گذار و بیمه‌شده، اصلاح جداول مربوط به استفاده کنندگان و اضافه نمودن محلی جهت درج کد ملی و شماره شناسنامه ذینفعان / حذف بند مربوط به الحاقیه تعدیل اندوخته / حذف بند مربوط به تغییر صندوق سرمایه‌گذاری
۱	۰۷	۱۳۹۶/۰۸/۲۹	افزودن بند مربوط به الحاقیه تعدیل اندوخته (ردیف ۱۱)، اضافه شدن پوشش هزینه پزشکی ناشی از حادثه به بندهای ۶ و ۷، اضافه شدن ضریب پوشش درآمد از کارافتادگی
۱	۰۸	۱۳۹۶/۱۰/۰۵	اصلاح متن پوشش هزینه‌های پزشکی بر اثر حادثه و پوشش درآمد از کارافتادگی در بند ۶

تهیه کننده/بازنگری کننده	تائید کننده		تصویب کننده
مدیر بیمه های عمر، اندوخته‌ساز و حوادث	مدیر معماری سازمانی	معاون فنی	مدیر عامل
نام: تاریخ و امضاء: ۹۶/۱۰/۱۰	نام: تاریخ و امضاء: ۹۶/۱۰/۱۰	نام: تاریخ و امضاء: ۹۶/۱۰/۱۰	نام: تاریخ و امضاء: ۹۶/۱۰/۱۰

توجه: مدارکی دارای اعتبار اجرایی هستند که مهر آبی "اعتبار دارد" داشته باشند.

شماره بیمه نامه: 13..... / 460 /	نام و نام خانوادگی بیمه گذار:	نام و کد عامل فروش:	تاریخ درخواست:
--	-------------------------------------	---------------------------	----------------------

ردیف	نوع تغییر مورد درخواست	تغییر درخواستی
1	سرمایه فوت (ریال)	از ریال به ریال
2	حق بیمه سالیانه (ریال)	از ریال به ریال
3	نرخ تعدیل سالیانه سرمایه فوت	از درصد به درصد
4	نرخ تعدیل سالیانه حق بیمه	از درصد به درصد
5	روش پرداخت حق بیمه	از به
6	پوشش های تکمیلی مورد درخواست	<input type="checkbox"/> پوشش فوت ناشی از حادثه معادل --- درصد سرمایه فوت <input type="checkbox"/> پوشش امراض خاص معادل --- درصد سرمایه فوت <input type="checkbox"/> پوشش از کارافتادگی دائم ناشی از حادثه معادل --- درصد سرمایه فوت <input type="checkbox"/> پوشش معافیت از پرداخت حق بیمه <input type="checkbox"/> پوشش هزینه های پزشکی بر اثر حادثه تا --- درصد سرمایه فوت <input type="checkbox"/> پوشش درآمد از کار افتادگی در صورت از کارافتادگی کامل معادل --- برابر حق بیمه (در صورت داشتن پوشش معافیت از پرداخت حق بیمه)
7	حذف پوشش های تکمیلی	<input type="checkbox"/> پوشش فوت ناشی از حادثه <input type="checkbox"/> پوشش امراض خاص <input type="checkbox"/> پوشش از کارافتادگی دائم ناشی از حادثه <input type="checkbox"/> پوشش معافیت از پرداخت حق بیمه <input type="checkbox"/> پوشش هزینه پزشکی ناشی از حادثه <input type="checkbox"/> پوشش درآمد از کار افتادگی
8	افزایش مدت بیمه نامه	از به علت درخواست:
9	اضافه نرخ شغلی و پزشکی	از به علت درخواست:
10	آیا هزینه پوشش های تکمیلی جداگانه محاسبه گردد؟	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
11	تعدیل اندوخته	<input type="checkbox"/> 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)
12	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):
13	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
1								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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
1								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 بیمه گذار:
تاریخ:

نام و امضاء بیمه شده یا قیم قانونی وی:
تاریخ:

نام و امضاء نماینده:
تاریخ:

* تایید صحت امضا توسط مسئول بایگانی:

* تایید صحت امضا توسط رئیس شعبه: