



Sarmad Insurance

فرم تغییرات در شرایط مندرج در بیمه نامه های زندگی

شماره بیمه نامه : نام و نام خانوادگی بیمه گذار : نام و نام خانوادگی بیمه شده :
 کد معرف / شعبه: کد بیمه گذار: کد رایانه بیمه نامه:

۱- تغییر در مشخصات بیمه نامه :

عنوان	از	به
حق بیمه عمر سالانه		
سرمایه فوت بیمه شده اصلی		
سرمایه فوت بیمه شده فرعی		
ضریب تعدیل حق بیمه		
ضریب تعدیل سرمایه فوت		

پوشش تکمیلی	اضافه گردد	حذف گردد	مبلغ سرمایه تکمیلی
حادثه بیمه شده اصلی			
نقص عضو ناشی از حادثه بیمه شده اصلی			
هزینه پزشکی ناشی از حادثه بیمه شده اصلی			
حادثه بیمه شده فرعی			
نقص عضو ناشی از حادثه بیمه شده فرعی			
هزینه پزشکی ناشی از حادثه بیمه شده فرعی			

• درخواست افزایش / حذف پوشش تکمیلی بیماریهای تحت پوشش:

اینجانب بیمه شده بیمه نامه فوق الذکر خواستار افزودن پوشش تکمیلی بیماریهای تحت پوشش به بیمه نامه فوق الذکر می باشم. همچنین اعلام می دارم تا این تاریخ هیچ گونه سابقه ابتلا به بیماریهای (سکته قلبی، سکته مغزی، پیوند اعضا، سرطان و جراحی عروق کرونر (جراحی قلب)) را نداشته ام. اضافه گردد حذف گردد

• درخواست افزایش / حذف پوشش تکمیلی معافیت از پرداخت حق بیمه به دلیل از کار افتادگی دائم و کامل بیمه شده :

اینجانب بیمه شده بیمه نامه فوق الذکر خواستار افزودن پوشش تکمیلی معافیت از پرداخت حق بیمه به بیمه نامه فوق الذکر می باشم. همچنین گواهی می نمایم وضعیت سلامتی اینجانب در این تاریخ نسبت به زمان شروع بیمه نامه تغییری ننموده است. اضافه گردد حذف گردد

• شغل دقیق بیمه گذار :

• شغل دقیق بیمه شده اول:

• شغل دقیق بیمه شده دوم:



Sarmad Insurance

فرم تغییرات در شرایط مندرج در بیمه نامه های زندگی

۲- تغییر در مشخصات ذینفعان در صورت فوت بیمه شده اصلی :

ردیف	نام و نام خانوادگی	کد ملی	نام پدر	تاریخ تولد	نسبت با بیمه شده	درصد سهم	اولویت
۱							
۲							
۳							

۳- تغییر در مشخصات استفاده کننده در صورت فوت بیمه شده فرعی :

ردیف	نام و نام خانوادگی	کد ملی	نام پدر	تاریخ تولد	نسبت با بیمه شده	درصد سهم	اولویت
۱							
۲							
۳							

۴- تغییر در مشخصات استفاده کننده در صورت حیات بیمه شده :

ردیف	نام و نام خانوادگی	کد ملی	نام پدر	تاریخ تولد	نسبت با بیمه شده	درصد سهم
۱						

۵- تغییر بیمه گذار :

نام و نام خانوادگی	کد ملی	نام پدر	شماره شناسنامه	تاریخ تولد	نسبت با بیمه شده
آدرس و تلفن همراه :					

۶- تغییر آدرس :

آدرس جدید	کد ملی :	کد پستی :	شماره تلفن :
-----------	----------	-----------	--------------

۷- اصلاح مشخصات بیمه گذار :

نام و نام خانوادگی	کد ملی	نام پدر	شماره شناسنامه	تاریخ تولد	محل صدور

۸- اصلاح مشخصات بیمه شده اصلی :

نام و نام خانوادگی	کد ملی	نام پدر	شماره شناسنامه	تاریخ تولد	محل صدور

۹- اصلاح مشخصات بیمه شده فرعی :

نام و نام خانوادگی	کد ملی	نام پدر	شماره شناسنامه	تاریخ تولد	محل صدور

تغییر روش پرداخت حق بیمه

از	به



Sarmad Insurance

فرم تغییرات در شرایط مندرج در بیمه نامه های زندگی

اظهار سلامتی:

بیمه شده اول / بیمه گذار (.....) بیمه شده دوم (.....)
 اعلام می دارم که در طول مدت قرارداد بیمه نامه شماره (.....) از تاریخ / / لغایت / / هیچگونه تغییر در وضعیت سلامتی جسمی و روحی اینجانب که منجر به مطالبه غرامت از آن شرکت گردد، ایجاد نشده است. چنانچه خلاف اظهارات فوق اثبات و یا احراز گردد بیمه گر (شرکت بیمه سرمد) حق داشته در صورت ادعای خسارت آنرا پرداخت ننماید.
 ❖ ضمناً اعلام می دارد پوشش عمر و پوششهای تکمیلی آن در طول مدت تعلیق قرارداد منفسک می باشد. همچنین تاخیر در پرداخت حق بیمه تأثیر مستقیم در سرمایه گذاری اینجانب در بیمه فوق اشاره را دارد.

۱- امضاء بیمه گذار جدید:

۲- امضاء بیمه گذار قدیم:

۳- امضاء بیمه شده اول:

۴- امضاء بیمه شده دوم:

۵- مهر و امضاء نمایندگی:

❖ امضاء بیمه گذار و بیمه شده مورد تایید این نمایندگی میباشد و بیمه گذار مطلع است مدت اعتبار الحاقیه موقت، ۵ روز می باشد.

مهر و امضاء نماینده / کارگزار:

تاریخ:

نظریه کارشناس ارزیابی ریسک و صدور:

تائید رئیس اداره ارزیابی ریسک و صدور:

تاریخ:

تاریخ: