



۴-تغییر استفاده کننده از سرمایه بیمه در صورت حیات بیمه شده:

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

۵-تغییر استفاده کننده از سرمایه بیمه در صورت فوت بیمه شده:

(در صورت حذف ذی نفع، ذکر شود):.....

ردیف	نام و نام خانوادگی	نام پدر	کد ملی	تاریخ تولد	نسبت با بیمه شده	درصد	اولویت	شماره تلفن
۱								
۲								
۳								
۴								
۵								

لطفاً به نکات ذیل توجه فرمائید:

۱) تکمیل این فرم بدون صدور الحاقیه هیچ گونه تعهدی برای شرکت بیمه پاسارگاد ایجاد نمی نماید و هیچ نوع خسارتی قابل مطالبه نخواهد بود.

۲) در صورت وجود تأخیر در اقساط پرداختی یا درخواست تغییرات جهت افزایش ( تعهدات و پوشش های تکمیلی) تکمیل فرم گواهی پزشکی عمر و تأمین آتیه به همراه فرم ضمیمه الزامی می باشد. تکمیل فرم گواهی پزشکی عمر و تأمین آتیه توسط بیمه شده (افراد دارای سن بالاتر از ۱۸ سال ) مورد پذیرش می باشد.

۳) در صورت تغییر ذی نفع، اخذ رضایت بیمه شده الزامی می باشد. (رضایت ولی/قیم برای افراد کمتر از ۱۸ سال سن )

۴) افزایش مبلغ ، افزایش درصد حق بیمه و تغییر روش پرداخت اقساط فقط در پایان سال بیمه ای بیمه نامه مقدور می باشد.

۵) صدور الحاقیه تغییر نماینده منوط به تأخیر آخرین پوشش بیمه نامه بیش از یک سال بوده و الزاماً نماینده فروش جدید نیز باید دارای کد فروش بیمه عمر باشد.

۶) به منظور اخذ پوشش معافیت از پرداخت حق بیمه در فرم الزامی می باشد (عناوین عام نظیر کارگر، آزاد، عنوان رشته تحصیلی و کارمند مورد قبول نمی باشد).

۷) هنگام تغییر بیمه گزار و تغییر ذی نفع های بیمه نامه و یا تغییر مشخصات، علاوه بر درج کامل مشخصات در فرم درخواست ، تصویر کارت شناسائی های مربوطه نیز ضمیمه شود.

۸) در فرم گواهی پزشکی عمر و تأمین آتیه در قسمت شاهد درج تاریخ و کد ملی نماینده فروش/بازاریاب و هم چنین تأییدیه مبنی بر رویت بیمه شده الزامی است، در غیر این صورت درخواست الحاقیه قابل انجام نمی باشد.

۹) درخواست الحاقیه و همچنین فرم گواهی پزشکی می بایست خوانا و صحیح تکمیل و به اداره صدور الحاقیه تحویل شود و در صورت مخدوش بودن فرم های مربوطه (خط خوردگی یا لاک گرفتگی) می بایست فرم جدید تکمیل شود یا تأیید مجدد بیمه گزار/بیمه شده/نماینده/اخذ و سپس صدور انجام خواهد شد .

توضیحات:.....

نام، نام خانوادگی و امضاء بیمه گزار: نام، نام خانوادگی امضاء بیمه شده: مهر و امضاء نمایندگی/مدیر ارشد :  
تاریخ: ...../...../..... تاریخ: ...../...../..... شماره تلفن همراه: شماره تلفن همراه: