

# فرم تغییرات مالی در شرایط مندرج در

## بیمه زندگی تبسم



بیمه زندگی باران

شماره مدرک: F-TA-0094000

شماره بیمه نامه	نام و نام خانوادگی بیمه گذار	نام و نام خانوادگی بیمه - شده	کد معرف

### ۱- تغییر در مشخصات بیمه نامه:

عنوان	از	به
حق بیمه در هر قسط		
روش پرداخت		
سرمایه فوت به هر علت		
ضریب تعدیل حق بیمه		
ضریب تعدیل سرمایه فوت		

### ۲- تغییر در پوشش های تکمیلی بیمه نامه:

پوشش تکمیلی	اضافه گردد	حذف گردد	مبلغ سرمایه
فوت ناشی از حادثه			
نقص عضو ناشی از حادثه			
هزینه پزشکی ناشی از حادثه			
آخرین سال حیات			
بیماری های ویژه الف			
بیماری های ویژه ب			
بیماری های ویژه ج			

- درخواست افزایش/حذف پوشش تکمیلی بیماری های ویژه تحت پوشش:

اینجانب بیمه شده بیمه نامه فوق الذکر خواستار افزودن پوشش تکمیلی بیماری های ویژه گروه (های) ..... به بیمه نامه می باشم. همچنین اعلام می دارم تا این تاریخ هیچ گونه سابقه ابتلا به بیماری های گروه های انتخابی را نداشته ام. اضافه گردد  حذف گردد

- درخواست افزایش/حذف پوشش تکمیلی معافیت بیمه گذار از پرداخت حق بیمه:

اینجانب بیمه گذار بیمه نامه فوق الذکر خواستار تغییر پوشش تکمیلی معافیت بیمه گذار از پرداخت حق بیمه ناشی از ..... در اثر ..... 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

- درخواست افزایش/حذف پوشش تکمیلی مستمری بیمه گذار:

اینجانب بیمه گذار بیمه نامه فوق الذکر خواستار تغییر پوشش تکمیلی مستمری ناشی از ..... بیمه گذار در اثر ..... 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



# فرم تغییرات مالی در شرایط مندرج در بیمه زندگی تبسم

شماره مدرک: F-TA-0094000

• شغل دقیق بیمه گذار:

اظهار سلامتی:

بیمه گذار ..... بیمه شده ..... اعلام می دارم که در  
مدت بیمه نامه شماره ..... از تاریخ ..... / ..... / ..... ، لغایت ..... / ..... / ..... هیچگونه تغییر در وضعیت  
سلامتی جسمی و روحی اینجانب که منجر به اعلام و مطالبه غرامت از آن شرکت گردد، ایجاد نشده است. چنانچه خلاف اظهارات فوق اثبات و یا  
احراز گردد بیمه گر (شرکت بیمه زندگی باران) حق داشته در صورت ادعای خسارت آن را پرداخت ننماید.

امضاء بیمه گذار قدیم

امضاء بیمه گذار جدید

مهر و امضاء دفتر بازاریابی / نمایندگی / کارگزاری

امضاء بیمه شده

❖ امضای بیمه گذار و بیمه شده مورد تایید این بازاریابی / نمایندگی / کارگزاری می باشد و بیمه گذار مطلع است مدت اعتبار الحاقیه موقت ، ۱۰ روز می باشد.

تائید مدیر بیمه های زندگی  
تاریخ

مهر و امضاء نماینده / کار گزار  
تاریخ

نظر کارشناس بیمه های زندگی  
تاریخ