



فرم درخواست صدور المثنی / باز خرید بیمه نامه مفقودی عمر انفرادی

شماره شناسایی سند: PI31F019

شماره بازنگری: 01

تاریخ:

شماره رهگیری:

خواهشمند است به کلیه موارد مندرج در این فرم با دقت و به صورت خوانا پاسخ دهید.

شماره بیمه نامه:		نوع بیمه نامه:		تاریخ صدور بیمه نامه: / / ۱۳	
نوع درخواست:		** صدور المثنی (نسخه دوم)		** باز خرید بیمه نامه مفقودی عمر انفرادی	
این قسمت توسط بیمه گذار تکمیل می گردد	بیمه گذار	نام:	نام خانوادگی:	نام پدر:	
	کد ملی:	شماره شناسنامه:	تاریخ تولد:	تاریخ تولد:	۱۳ / /
گواهی بیمه گذار	تلفن ثابت (بازگردد شهر):	تلفن همراه:	نسبت با بیمه شده:		
<p>بدینوسیله گواهی می گردد اینجانب (بیمه گذار) اطلاعات مندرج در فرم را با صحت و دقت کامل تکمیل و مفقودی اصل بیمه نامه را به بیمه گر اعلام می نمایم. همچنین ضمن آگاهی و قبول کلیه تبعات حقوقی ناشی از سوء استفاده احتمالی از اصل بیمه نامه و تعهد ضمان کشف فساد، درخواست خود را بعد از استماع توضیحات تکمیلی نماینده اعلام داشته و تعهد می نمایم که در صورت باز خرید بیمه نامه مفقودی و دریافت ارزش باز خریدی حق هرگونه ادعا در خصوص منافع بیمه نامه از اینجانب و ذینفعان بیمه نامه سلب گردد.</p> <p>نام و نام خانوادگی، تاریخ درخواست و امضاء بیمه گذار</p>					
این قسمت توسط بیمه شده تکمیل می گردد	بیمه شده	نام:	نام خانوادگی:	نام پدر:	
	کد ملی:	شماره شناسنامه:	تاریخ تولد:	تاریخ تولد:	۱۳ / /
موافقت بیمه شده	تلفن ثابت (بازگردد شهر):	تلفن همراه:			
<p>بدینوسیله گواهی می گردد اینجانب (بیمه شده) اطلاعات مندرج در فرم را با صحت و دقت کامل تکمیل و مفقودی اصل بیمه نامه را به بیمه گر اعلام می نمایم. همچنین بعد از استماع توضیحات تکمیلی نماینده، موافقت خود را مبنی بر درخواست بیمه گذار اعلام می دارم.</p> <p>نام و نام خانوادگی، تاریخ موافقت و امضاء بیمه شده</p>					
تایید درخواست و اعزاز هویت بیمه گذار (مجتمع بیمه ای، شعبه، ICD، نمایندگی)	** مجتمع بیمه ای / شعبه / ICD ** / نمایندگی		کد:	تلفن:	
	<p>اینجانب.....، ضمن احراز هویت بیمه گذار محترم آقای/خانم.....، و همچنین بیمه شده محترم آقای/ خانم.....، ضمن ارائه اطلاعات و توضیحات تکمیلی در خصوص تبعات حقوقی ناشی از سوء استفاده احتمالی از اصل بیمه نامه، درخواست ایشان را مبنی بر ** صدور المثنی (نسخه دوم) ** باز خرید بیمه نامه مفقودی عمر انفرادی به شماره..... تایید و اعلام می نمایم.</p> <p>تاریخ تأیید، مهر و امضاء مجتمع بیمه ای / شعبه / ICD / نمایندگی</p>				
تذکرات	<p>تذکر ۱: مسئولیت هرگونه تبعات حقوقی ناشی از سوء استفاده های احتمالی از اصل بیمه نامه مفقودی و تعهد ضمان کشف فساد بر عهده بیمه گذار خواهد بود.</p> <p>تذکر ۲: مسئولیت هرگونه تبعات حقوقی ناشی از سوء استفاده های احتمالی از مندرجات فرم مزبور به عهده تأیید کننده درخواست خواهد بود.</p> <p>تذکر ۳: در صورت درخواست باز خرید بیمه نامه مفقودی عمر انفرادی، تکمیل فرم درخواست بهره مندی از منافع بیمه نامه عمر انفرادی (PI31F006) و امضای شرایط عمومی بهره مندی از منافع بیمه نامه های عمر انفرادی (PI31R009) الزامی است.</p> <p>تذکر ۴: شرط اصلی بررسی فرم مزبور، تکمیل کامل فرم و ارائه مدارک لازم مطابق با آخرین مجموعه بخشنامه های مدیریت عمر انفرادی می باشد.</p>				
	اداره خدمات پس از صدور عمر انفرادی	تاریخ دریافت درخواست:	تاریخ بررسی درخواست:	نتیجه بررسی:	1 تأیید 1 رد
نام و نام خانوادگی، تاریخ بررسی و امضاء بررسی کننده					