



فرم درخواست بهره‌مندی از منافع بیمه‌نامه عمر انفرادی

شماره شناسایی سند: PI31F006

شماره بازنگری: 02

تاریخ:

شماره رهگیری:

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

| | | | | | |
|--|--|---|---|------------------------------|--------------------|
| شماره بیمه‌نامه: | | نوع بیمه‌نامه: | | تاریخ صدور بیمه‌نامه: ۱۳ / / | |
| بیمه‌گذار | نام: | نام خانوادگی: | نام پدر: | کد ملی: | تاریخ تولد: ۱۳ / / |
| | تلفن ثابت: | شماره شناسنامه: | تاریخ تولد: | تلفن همراه: | |
| این قسمت توسط بیمه‌گذار تکمیل می‌گردد | نوع درخواست | ** دریافت وام به اعتبار اندوخته بیمه‌نامه به مبلغ (حروف) ریال (عدد) ریال * ** برداشت از اندوخته بیمه‌نامه به مبلغ (حروف) ریال (عدد) ریال * ** بازخرید بیمه‌نامه با ارزش بازخریدی به مبلغ (حروف) ریال (عدد) ریال * ** ابطال بیمه‌نامه (صرفاً تا ۳۰ روز از تاریخ صدور بیمه‌نامه امکانپذیر می‌باشد) ** دریافت سرمایه حیات در انتهای مدت بیمه‌نامه * مبلغ میبایست توسط تأیید کننده درخواست از سامانه خدمات الکترونیک بیمه‌های عمر انفرادی استعلام گردد و درج آن الزامی می‌باشد. * مبلغ مندرج از تاریخ استعلام تا ۱۵ روز معتبر می‌باشد. تاریخ استعلام ۱۳ / / | | | |
| | | اطلاعات بانکی | خواهشمند است مبلغ فوق به شماره حساب بانکی به شماره شبها* نزد بانک شعبه (کدشعبه) به نام آقای/خانم واریز گردد. * * درج شماره حساب بانکی ایران (شعبه الزامی می‌باشد). * مسئولیت هرگونه اشتباه در اعلام شماره حساب، نام صاحب حساب و سایر مشخصات حساب بانکی جهت واریز مبلغ فوق‌الذکر، متوجه بیمه‌گذار خواهد بود. | | |
| گواهی بیمه‌گذار | بدینوسیله گواهی می‌گردد که اطلاعات مندرج در فرم را با صحت و دقت تکمیل نموده‌ام. ضمناً شرایط عمومی بهره‌مندی از منافع بیمه‌نامه‌های عمر انفرادی که جزء لاینفک این فرم می‌باشد را به طور کامل و دقیق مطالعه و بعد از استماع توضیحات تکمیلی نماینده، موافقت خود را در ارتباط با تمامی مفاد آن اعلام می‌دارم. نام و نام خانوادگی، تاریخ و امضاء بیمه‌گذار | | | | |
| تأیید درخواست و احراز هویت بیمه‌گذار (مجتمع بیمه‌های شعبه ICD، نمایندگی) | ** مجتمع بیمه‌های / شعبه / ICD / ** نمایندگی | | کد: | تلفن: | |
| | اینجانب، ضمن احراز هویت بیمه‌گذار محترم آقای/خانم، درخواست وی مبنی بر ** دریافت وام / برداشت از اندوخته / بازخرید / ابطال بیمه‌نامه عمر انفرادی به شماره را تایید و اعلام می‌دارم. ضمناً توضیحات تکمیلی در خصوص درخواست بیمه‌گذار، مطابق با شرایط عمومی بهره‌مندی از منافع بیمه‌نامه‌های عمر انفرادی ارائه گردید. تاریخ، مهر و امضاء مجتمع بیمه‌های / شعبه / ICD / نمایندگی | | | | |
| تذکرات | تذکر ۱: مسئولیت هرگونه تبعات حقوقی ناشی از سوء استفاده‌های احتمالی از مندرجات فرم مزبور به عهده تأیید کننده درخواست خواهد بود. تذکر ۲: در صورت درخواست ابطال یا بازخرید بیمه‌نامه، ارسال و عودت اصل بیمه‌نامه و کپی صفحه اول دفترچه حساب بانکی بیمه‌گذار به اداره خدمات پس از صدور الزامی است. تذکر ۳: شرط اصلی بررسی فرم مزبور، تکمیل کامل فرم و ارائه مدارک لازم مطابق با آخرین مجموعه بخشنامه‌های مدیریت عمر انفرادی می‌باشد. تذکر ۴: ارائه شماره حساب بانک پارسیان موجب تسریع در روند انجام امور خواهد بود. | | | | |
| | اداره خدمات پس از صدور عمر انفرادی | تاریخ دریافت درخواست: | | نتیجه بررسی: 1 تایید 1 رد | |
| توضیحات: | | | | | |
| نام و نام خانوادگی، تاریخ و امضاء بررسی کننده | | | | | |