

### فرم درخواست بهره‌مندی از منافع بیمه‌نامه عمر انفرادی

بیمه‌گذار محترم، خواهشمند است موارد مندرج در این فرم را با دقت و به صورت خوانا تکمیل فرمایید.

شماره بیمه‌نامه:	تاریخ شروع بیمه‌نامه:	نوع محصول:	تاریخ درخواست:																
<input type="checkbox"/> دریافت وام به مبلغ ..... ریال <input type="checkbox"/> برداشت از اندوخته به مبلغ ..... ریال <input type="checkbox"/> واریز متفرقه به مبلغ ..... ریال <input type="checkbox"/> بازخرید بیمه‌نامه با ارزش بازخریدی ..... ریال <input type="checkbox"/> ابطال بیمه‌نامه قبل از ۳۰ روز از تاریخ صدور به دلیل: <input type="checkbox"/> درخواست بیمه‌گذار <input type="checkbox"/> عدم پرداخت قسط اول <input type="checkbox"/> اشتباه کاربر/ علت اشتباه: ..... <input type="checkbox"/> دریافت سرمایه حیات در انتهای مدت بیمه‌نامه به مبلغ ..... ریال <input type="checkbox"/> برگشت بیمه‌نامه به حالت جاری <input type="checkbox"/> نحوه پرداخت حق بیمه: ..... <b>توجه:</b> مبلغ مندرج در فرم می‌بایست توسط تأییدکننده درخواست از سامانه بیمه‌های زندگی استعلام و توسط بیمه‌گذار تأیید گردد. تاریخ استعلام: .....	مدت بازپرداخت وام: <input type="checkbox"/> سالانه <input type="checkbox"/> دوساله <input type="checkbox"/> سه‌ساله نحوه پرداخت اقساط: <input type="checkbox"/> ماهانه <input type="checkbox"/> دو ماهه <input type="checkbox"/> سه‌ماهه	تاریخ تولد: -----/-----/----- نام پدر: ..... شماره شناسنامه: ..... کدملی/ شماره ثبت: ..... شماره تلفن همراه: ..... تلفن ثابت: ..... نشانی: .....	نام و نام خانوادگی / نام شرکت: ..... نام پدر: ..... شماره شناسنامه: ..... کدملی / شماره ثبت: ..... شماره تلفن همراه: ..... تلفن ثابت: ..... نشانی: .....																
خواهشمند است مبلغ قابل پرداخت به شماره حساب بانکی ..... نزد بانک ..... به نام اینجانب ..... واریز گردد.																			
شماره شب: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 10px;">I</td><td style="width: 10px;">R</td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td> </tr> </table>				I	R														
I	R																		
<p>* مسئولیت هرگونه اشتباه در اعلام شماره حساب، نام صاحب حساب و سایر مشخصات حساب بانکی جهت واریز مبلغ فوق، به عهده بیمه‌گذار می‌باشد.</p> <p>نکات مربوط به درخواست وام:</p> <p>* در صورت عدم تسویه بدهی در تاریخ سررسید وام، مجموع بدهی اقساط معوق و جریمه دیرکرد اقساط از اندوخته بیمه‌نامه برداشت خواهد گردید.</p> <p>* در صورت تیکه در طول مدت وام تعداد اقساط معوق ۴ فقره برای بازپرداخت‌های ماهانه، ۳ فقره برای بازپرداخت‌های دو ماهه، و ۲ فقره برای بازپرداخت‌های سه ماهه گردد، مجموع بدهی اقساط معوق از اندوخته بیمه‌نامه برداشت خواهد گردید.</p> <p>بدینوسیله گواهی می‌گردد اینجانب .....، کدملی .....، اطلاعات مندرج در فرم را به درستی و در کمال دقت تکمیل نموده و بعد از شنیدن توضیحات نماینده/کارشناس شعبه، موافقت خود را در ارتباط با تمامی مفاد آن اعلام می‌دارم. همچنین تعهد می‌نمایم در صورت درخواست بازخرید بیمه‌نامه، پس از تاریخ درخواست حق هرگونه ادعا در خصوص منافع بیمه‌نامه از اینجانب و ذینفعان بیمه‌نامه سلب گردد.</p> <p>نام و نام خانوادگی بیمه‌گذار: .....            تاریخ، امضا: .....</p>																			
اینجانب ..... کد پرسنلی ..... شخصاً بیمه‌گذار را ملاقات نموده، ضمن احراز هویت و ارائه اطلاعات کافی و دقیق درباره درخواست مبنی بر <input type="checkbox"/> بازخرید بیمه‌نامه <input type="checkbox"/> دریافت وام <input type="checkbox"/> تعدیل اندوخته <input type="checkbox"/> ابطال بیمه‌نامه <input type="checkbox"/> پایان مدت بیمه‌نامه، صحت امضا بیمه‌گذار را تایید می‌نمایم. نام و نام خانوادگی کارشناس صدور: ..... تاریخ، مهر و امضا: .....																			
<p>تذکر ۱: مسئولیت هرگونه تبعات حقوقی ناشی از سوءاستفاده‌های احتمالی از مندرجات فرم مزبور به عهده تأییدکننده درخواست خواهد بود.</p> <p>تذکر ۲: هرگونه مسئولیت تأخیر در ارسال و یا انجام درخواست بیمه‌گذار، به عهده نماینده/شعبه خواهد بود.</p> <p>تذکر ۳: در صورت درخواست ابطال یا بازخرید بیمه‌نامه، دریافت اصل بیمه‌نامه و الحاقیه‌های مربوطه و تأیید شعبه سرپرست الزامی می‌باشد.</p> <p>تذکر ۴: شرط اصلی بررسی فرم مزبور، تکمیل فرم به صورت کامل و ارائه مدارک لازم مطابق با آخرین شیوه‌نامه‌های مدیریت بیمه‌های زندگی می‌باشد.</p>																			
تاریخ دریافت درخواست: ..... تاریخ بررسی درخواست: ..... نتیجه بررسی: <input type="checkbox"/> تائید <input type="checkbox"/> رد شرح: ..... نام و نام خانوادگی ..... تاریخ، مهر و امضا: .....																			