

فرم درخواست برگشت مبلغ پیش پرداخت / برگشت اضافه واریزی / هزینه آزمایشات پزشکی در بیمه‌های عمر انفرادی

	شماره پیشنهاد:	شعبه:	نام و کد نماینده/معرف/کارگزار:	تاریخ درخواست:																			
بیمه‌گذار	نام و نام خانوادگی بیمه‌گذار / نام شرکت: کد ملی / شماره ثبت: نام و نام خانوادگی بیمه‌شده: کد ملی: شماره بیمه‌نامه: تاریخ صدور بیمه‌نامه: شماره تلفن: کد: شماره تلفن همراه (الزامی):																						
	پرداخت هزینه آزمایشات پزشکی (طبق جدول سن و سرمایه بخشنامه جاری) <input type="checkbox"/> صدور بیمه‌نامه و گذشت ۳۰ روز از تاریخ صدور <input type="checkbox"/> منع صدور از طرف بیمه‌گر																						
نوع درخواست	برگشت مبلغ پیش پرداخت <input type="checkbox"/> منتفی به علت امتناع از انجام آزمایش <input type="checkbox"/> منتفی از طرف بیمه‌گر (منع صدور) <input type="checkbox"/> منتفی از طرف بیمه‌گذار به علت اعمال اضافه نرخ (بدون انجام آزمایش پزشکی) <input type="checkbox"/> منتفی از طرف بیمه‌گذار به علت اعمال اضافه نرخ (پس از انجام آزمایش پزشکی)																						
	برگشت اضافه واریزی اقساط دلیل درخواست عودت:																						
گواهی بیمه‌گذار	بدینوسیله گواهی می‌گردد که اطلاعات مندرج در فرم را به درستی و در کمال دقت تکمیل نموده‌ام و ضمن استماع توضیحات تکمیلی نماینده، موافقت خود را در ارتباط با تمامی مفاد آن اعلام می‌دارم. خواهشمند است مبلغ به شماره حساب بانکی نزد بانک شعبه کدشعبه به نام اینجانب واریز گردد. شماره شب:																						
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px;">I</td> <td style="width: 20px;">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> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> </tr> </table> <p>* درج شماره حساب بانکی ایران (شبا) الزامی می‌باشد. * مسئولیت هرگونه اشتباه در اعلام شماره حساب، نام صاحب حساب و سایر مشخصات حساب بانکی جهت واریز مبلغ فوق، به عهده بیمه‌گذار خواهد بود. نام و نام خانوادگی بیمه‌گذار: تاریخ، امضا:</p>				I	R																	
I	R																						
تایید نماینده شعبه	اینجانب کد: شخصاً بیمه‌گذار را ملاقات نموده، ضمن ارائه اطلاعات کافی و دقیق درباره شرایط برگشت مبلغ پیش پرداخت <input type="checkbox"/> هزینه آزمایشات پزشکی <input type="checkbox"/> عودت اضافه واریزی، و احراز هویت ایشان صحت امضا بیمه‌گذار را تایید می‌نمایم. نام و نام خانوادگی کارشناس صدور: تاریخ، مهر و امضا: نام و نام خانوادگی نماینده/کارگزار: تاریخ، مهر و امضا:																						
نظر پزشک تاریخ، مهر و امضا پزشک معتمد شرکت																						
تذکرات	تذکر ۱: مسئولیت هرگونه تبعات حقوقی ناشی از سوءاستفاده‌های احتمالی از مندرجات فرم مزبور به عهده تأییدکننده درخواست خواهد بود.																						
ستاد	تاریخ دریافت درخواست: نتیجه بررسی: <input type="checkbox"/> تأیید <input type="checkbox"/> رد تاریخ بررسی درخواست: مبلغ قابل پرداخت: ریال نام و نام خانوادگی: تاریخ، مهر و امضا:																						