فـرم درخـواست بهـره‌مندی از منافـع بیمـه‌نامه عمـر انفـرادی

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

شمـاره بیمـه‌نامـه:	تـاریخ شـروع بیمـه‌نامـه:	نـوع محصول:	تـاریخ درخـواست:

نوع درخواست

☐ دریافت وام به مبلغ ..... ریال **مدت بازپرداخت وام:** o سالانه o دوساله o سه‌ساله **نحوه پرداخت اقساط:** o ماهانه o دوماهه o سه‌ماهه

☐ برداشت از اندوخته به مبلغ ..... ریال

☐ واریز متفرقه به مبلغ ..... ریال

☐ بازخرید بیمه‌نامه با ارزش بازخریدی ..... ریال

☐ ابطال بیمه‌نامه تا ۳۰ روز از تاریخ صدور به دلیل: o درخواست بیمه‌گذار o عدم پرداخت قسط اول o اشتباه کاربر/علت اشتباه: .....

☐ دریافت سرمایه حیات در انتهای مدت بیمه‌نامه

☐ برگشت بیمه‌نامه به حالت جاری

توجه: مبلغ مندرج در فرم می‌بایست توسط تائیدکننده درخواست از سامانه بیمه‌های زندگی استعلام و **توسط بیمه‌گذار** تائید گردد. **تاریخ استعلام:** .....

مشخصات بیمه‌گذار

نام و نام‌خانوادگی/ نام شرکت: ..... نام پدر: ..... شماره شناسنامه: ..... تاریخ تولد: ----/----/----

کدملی/شماره ثبت: ..... شماره تلفن همراه: ..... تلفن ثابت : .....

نشانی: .....

گواهی بیمه گذار

خواهشمند است مبلغ قابل پرداخت به **شماره حساب بانکی** ..... نزد بانک ..... شعبه ..... کد شعبه ..... به نام اینجانب ..... واریز گردد.

شماره شبا: | I | R | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

* مسئولیت هرگونه اشتباه در اعلام شماره حساب، نام صاحب حساب و سایر مشخصات حساب بانکی جهت واریز مبلغ فوق، به عهده بیمه‌گذار می‌باشد.

نکات مربـوط بـه درخـواست وام:

***درصورت عدم تسویه بدهی در تاریخ سررسید وام، مجموع بدهی اقساط معوق و جریمه دیرکرد اقساط از اندوخته بیمه‌نامه برداشت خواهد گردید.**

***درصورتیکه در طول مدت وام تعداد اقساط معوق حداقل ۳ فقره گردد، مجموع بدهی اقساط معوق از اندوخته بیمه‌نامه برداشت خواهد گردید.**

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 بازخـرید بیمه‌نامه**، پس از تاریخ درخواست حق هرگونه ادعا در خصوص منافع بیمه‌نامه از اینجانب و ذینفعان بیمه‌نامه سلب گردد.

نام و نام خانوادگی بیمه‌گذار:

تاریخ، امضا:

تایید نماینده/ شعبه

اینجانب .....کد..... شخصاً بیمه‌گذار را ملاقات نموده، ضمن احراز هویت و ارائه اطلاعات کافی و دقیق درباره درخواست مبنی بر ☐**بازخرید بیمه‌نامه** ☐**دریافت وام** ☐**تعدیل اندوخته** ☐**ابطال بیمه‌نامه** ☐**پایان مدت بیمه‌نامه**، 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:

تذکرات

تذکر ۱: مسئولیت هرگونه تبعات حقوقی ناشی از سوءاستفاده‌های احتمالی از مندرجات فرم مزبور به عهده تائیدکننده درخواست خواهد بود.

تذکر۲: هرگونه مسئولیت تاخیر در ارسال و یا انجام درخواست بیمه‌گذار، به عهده نماینده/شعبه خواهد بود.

تذکر ۳: در صورت درخواست ابطال یا بازخرید بیمه‌نامه، **دریـافت اصـل بیمـه‌نامه و الحاقیـه‌های مـربوطه** و تائید شعبه سرپرست الزامی می‌باشد.

تذکر۴: شرط اصلی بررسی فرم مزبور، تکمیل فرم به صورت کامل و ارائه مدارک لازم مطابق با آخرین مجموعه بخشنامه‌های مدیریت بیمه‌های زندگی می‌باشد.

ستاد

تاریخ دریافت درخواست: تاریخ بررسی درخواست: نتیجه بررسی: ☐تائید ☐رد

شرح:.....

نام و نام‌خانوادگی

تاریخ، مهر و امضا: