بیمه دی
day insurance

فـرم درخـواست صـدور المثنی/ بازخـرید بیمـه‌نامه مفقـودی 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

☐ صدور المثنی بیمه‌نامه مفقودی (نسخه دوم)

☐ بازخرید بیمه‌نامه مفقودی مبلغ ارزش بازخریدی: ..... ریال

بیمه‌گذار

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

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

نشانی: .....

گواهی بیمه گذار

بدینوسیله گواهی می‌گردد اینجانب ..... (بیمه‌گذار) اطلاعات مندرج در فرم را با صحت و دقت کامل تکمیل، و مفقودی اصل بیمه‌نامه را به بیمه‌گر اعلام می‌نمایم.

ضمن آگاهی و قبول کلیه تبعات حقوقی ناشی از سوءاستفاده احتمالی از اصل بیمه‌نامه و تعهد ضمان کشف فساد، درخواست خود را بعد از استماع توضیحات تکمیلی نماینده/کارشناس شعبه اعلام داشته و تعهد می‌نمایم که درصورت بازخرید بیمه‌نامه مفقودی و دریافت ارزش بازخریدی، حق هرگونه ادعا درخصوص منافع بیمه‌نامه از اینجانب و ذینفعان بیمه‌نامه سلب گردد.

خواهشمند است مبلغ قابل عودت به میزان ..... ریال، 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.

نام و نام‌خانوادگی بیمه‌گذار:

تاریخ، امضا:

تایید نماینده/ شعبه

اینجانب .....کد ..... شخصاً بیمه‌گذار را ملاقات نموده، ضمن ارائه اطلاعات و توضیحات تکمیلی در خصوص تبعات ناشی از سوءاستفاده احتمالی از اصل بیمه‌نامه و شرایط درخواست و احراز هویت ایشان و نیز اخذ تصویر شناسنامه☐ ، کارت ملی☐ ، صحت امضا بیمه‌گذار و درخواست ایشان را مبنی بر ☐صدور المثنی (نسخه دوم) / ☐بازخرید بیمه‌نامه مفقودی بیمه‌نامه عمر انفرادی به شماره ..... تائید و اعلام می‌نمایم.

نام و نام‌خانوادگی کارشناس صدور:

تاریخ، مهر و امضا:

نام و نام‌خانوادگی نماینده/کارگزار:

تاریخ، مهر و امضا:

تذکرات

تذکر ۱ : مسئولیت هرگونه تبعات حقوقی ناشی از سوءاستفاده‌های احتمالی از اصل بیمه‌نامه بر عهده بیمه‌گذار خواهد بود.

تذکر ۲ : مسئولیت هرگونه تبعات حقوقی ناشی از سوءاستفاده‌های احتمالی از مندرجات فرم مزبور به عهده تائیدکننده درخواست خواهد بود.

ستاد

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

شرح:.....

..... **نام و نام‌خانوادگی**

..... **تاریخ، مهر و امضا:**