

فرم درخواست صدور المثنی / باز خرید بیمه نامه مفقودی عمر انفرادی

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

شماره بیمه نامه:	تاریخ شروع بیمه نامه:	نوع محصول:	تاریخ درخواست:																			
نوع درخواست	<input type="checkbox"/> صدور المثنی بیمه نامه مفقودی (نسخه دوم) <input type="checkbox"/> باز خرید بیمه نامه مفقودی با مبلغ ریال																					
	بیمه گذار نام و نام خانوادگی / نام شرکت: نام پدر: شماره شناسنامه: تاریخ تولد: ----/----/---- کد ملی / شماره ثبت: شماره تلفن همراه: تلفن ثابت: نشانی:																					
گواهی بیمه گذار	خواهشمند است مبلغ قابل پرداخت به شماره حساب بانکی نزد بانک به نام اینجانب واریز گردد. شماره شبای:																					
	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;">I</td> <td style="width: 5%;">R</td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> </tr> </table> <p>* مسئولیت هرگونه اشتباه در اعلام شماره حساب، نام صاحب حساب و سایر مشخصات حساب بانکی جهت واریز مبلغ فوق، به عهده بیمه گذار می باشد. بدینوسیله گواهی می گردد اینجانب اطلاعات مندرج در فرم را به درستی و در کمال دقت تکمیل و مفقودی اصل بیمه نامه را به بیمه گر اعلام می نمایم. ضمن آگاهی و قبول کلیه تبعات حقوقی ناشی از سوءاستفاده احتمالی از اصل بیمه نامه، درخواست خود را بعد از شنیدن توضیحات تکمیلی نماینده/کارشناس شعبه اعلام داشته و تعهد می نمایم که در صورت باز خرید بیمه نامه مفقودی و دریافت ارزش باز خریدی، حق هرگونه ادعا در خصوص منافع بیمه نامه از اینجانب و ذینفعان بیمه نامه سلب گردد.</p> <p style="text-align: center;">نام و نام خانوادگی بیمه گذار: تاریخ، امضا:</p>			I	R																	
I	R																					
تایید نماینده / شعبه	اینجانب کد پرسنلی شخصاً بیمه گذار را ملاقات نموده، ضمن ارائه اطلاعات و توضیحات تکمیلی در خصوص تبعات ناشی از سوءاستفاده احتمالی از اصل بیمه نامه و شرایط درخواست و احراز هویت ایشان و نیز اخذ تصویر شناسنامه □، کارت ملی □، صحت امضا بیمه گذار و درخواست ایشان را مبنی بر □ صدور المثنی (نسخه دوم) / □ باز خرید بیمه نامه مفقودی بیمه نامه عمر انفرادی به شماره تأیید و اعلام می نمایم.																					
	<p style="text-align: center;">نام و نام خانوادگی کارشناس صدور: تاریخ، مهر و امضا:</p> <p style="text-align: center;">نام و نام خانوادگی نماینده / کارگزار: تاریخ، مهر و امضا:</p>																					
تذکرات	تذکر ۱: مسئولیت هرگونه تبعات حقوقی ناشی از سوءاستفاده های احتمالی از اصل بیمه نامه بر عهده بیمه گذار خواهد بود.																					
	تذکر ۲: مسئولیت هرگونه تبعات حقوقی ناشی از سوءاستفاده های احتمالی از مندرجات فرم مزبور به عهده تأیید کننده درخواست خواهد بود.																					