بیمه دی
day insurance

فرم درخواست برگشت مبلغ پرداختی/برگشت اضافه واریزی/ هزینه آزمایشات پزشکی در بیمه‌های عمر انفــرادی

شماره بیمه‌نامه:	شعبه:	نام وکد نماینده/معرف/کارگزار:	تاریخ درخواست:

بیمه‌گذار

نام و نام‌خانوادگی بیمه‌گذار/ نام شرکت: ..... کدملی/ شماره ثبت: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

نام و نام‌خانوادگی بیمه‌شده: ..... کدملی: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

شماره بیمه‌نامه: ..... تاریخ صدور بیمه‌نامه: .....

شماره تلفن: .....کد..... شماره تلفن همراه (الزامی): .....

نوع درخواست

پرداخت هزینه آزمایشات پزشکی (طبق جدول سن و سرمایه بخشنامه جاری)	□ صدور بیمه‌نامه و گذشت ۳۰روز از تاریخ صدور □ منع صدور از طرف بیمه‌گر
برگشت مبلغ پرداختی	□ منتفی به علت امتناع از انجام آزمایش □ منتفی از طرف بیمه‌گر (منع صدور) □ منتفی از طرف بیمه‌گذار به علت اعمال اضافه نرخ (بدون انجام آزمایش پزشکی) □ منتفی از طرف بیمه‌گذار به علت اعمال اضافه نرخ (پس از انجام آزمایش پزشکی)
برگشت اضافه واریزی اقساط	دلیل درخواست عودت: .....

گواهی بیمه گذار

بدینوسیله گواهی می‌گردد که اطلاعات مندرج در فرم را به درستی و در کمال دقت تکمیل نموده‌ام و ضمن شنیدن 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 شبا:

I	R																								

* 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 نام‌خانوادگی بیمه‌گذار:

تاریخ،امضا:

تایید نماینده/ شعبه

اینجانب .....کد..... شخصاً بیمه‌گذار را ملاقات نموده، ضمن ارائه اطلاعات کافی و دقیق درباره شرایط □برگشت مبلغ پیش‌پرداخت □هزینه آزمایشات پزشکی □عودت اضافه واریزی، و احراز هویت ایشان صحت امضا بیمه‌گذار را تائید می‌نمایم.

نام و نام‌خانوادگی کارشناس صدور: **نام و نام‌خانوادگی نماینده/کارگزار :**

تاریخ، مهر و امضا: **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 تائیدکننده درخواست خواهد بود.

ستاد

تاریخ دریافت درخواست: ..... تاریخ بررسی درخواست: .....

نتیجه بررسی: □تائید □رد مبلغ قابل پرداخت: ..... ریال

نام و نام‌خانوادگی:

تاریخ، مهر و امضا: