

فرم درخواست ابطال/باز خرید بیمه نامه های عمر انفرادی

بیمه گذار محترم، خواهشمند است به تمامی موارد مندرج در این فرم با دقت و به صورت خوانا پاسخ دهید.

شماره بیمه نامه: -----		کد رایانه بیمه نامه: -----		تاریخ صدور بیمه نامه: -----		
این قسمت توسط بیمه گذار تکمیل گردد	بیمه گذار	نام و نام خانوادگی: ----- نام پدر: ----- کد ملی: ----- شماره شناسنامه: ----- تلفن ثابت با ذکر کد شهر: ----- تلفن همراه (الزامی): -----				
	موضوع درخواست	<input type="checkbox"/> باز خرید بیمه نامه <input type="checkbox"/> ابطال بیمه نامه (صرفاً تا ۲۰ روز از تاریخ صدور بیمه نامه امکانپذیر است). تاریخ درخواست: -----				
گواهی بیمه گذار	بدینوسیله گواهی می شود که اطلاعات مندرج در فرم را با صحت و دقت تکمیل نموده ام. ضمناً با اطلاع از شرایط ابطال/فسخ بیمه نامه های عمر انفرادی موافقت خود را در ارتباط با تمامی مفاد آن اعلام می دارم.					
	نام و نام خانوادگی بیمه گذار تاریخ و امضاء					
تایید درخواست و احراز هویت بیمه گذار (شعبه، نمایندگی)	<input type="checkbox"/> شعبه <input type="checkbox"/> نمایندگی		کد شعبه/نمایندگی: -----		تلفن: -----	
	نظر کارشناس شعبه/نماینده اینجانب ----- ضمن احراز هویت بیمه گذار محترم آقای/خانم -----، درخواست وی مبنی بر <input type="checkbox"/> باز خرید <input type="checkbox"/> ابطال بیمه نامه عمر انفرادی به شماره ----- و کد رایانه ----- را تایید و اعلام میدارم. ضمناً توضیحات تکمیلی در خصوص درخواست بیمه گذار ارائه گردید و تمامی اوراق بیمه نامه (شامل اصل بیمه نامه، شرایط عمومی و سایر ضوابط آن) دریافت و در پرونده صدور بایگانی شده است.					
تذکرات	کارشناس شعبه/نمایندگی تاریخ/مهر و امضاء					
	۱. مسئولیت هرگونه تبعات حقوقی ناشی از سوء استفاده های احتمالی از مندرجات فرم مزبور به عهده تأیید کننده درخواست خواهد بود. ۲. شرط اصلی بررسی فرم مزبور، تکمیل کامل فرم و ارائه مدارک لازم مطابق با آخرین مجموعه بخشنامه های مدیریت اشخاص انفرادی میباشد. ۳. تاریخ ملاک تشخیص ابطال بیمه نامه یا محاسبه ارزش باز خریدی بر اساس تاریخ ثبت در سیستم اتوماسیون اداری شرکت می باشد. لذا تمامی شعب/نمایندگان به محض دریافت درخواست، در اسرع وقت نسبت به ثبت درخواست در سیستم اتوماسیون اقدام فرمایند.					
نظر کارشناسی (مدیریت اشخاص انفرادی)	شماره نامه درخواست: ----- تاریخ نامه درخواست: ----- تاریخ صدور حواله: ----- اینجانب ----- ضمن بررسی درخواست بیمه گذار و تأیید آن، مبلغ ----- ریال را به عنوان <input type="checkbox"/> ارزش باز خرید <input type="checkbox"/> حق بیمه قابل عودت پس از کسر هزینه ها اعلام میدارد.					
	امضاء کارشناس	تایید مدیریت				