

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	نام و نام خانوادگی: _____ نام پدر: _____ کد ملی: _____ شماره شناسنامه: _____ تلفن ثابت با ذکر کد شهر: _____ تلفن همراه (الزامی): _____ کد پستی: _____ آدرس: _____
	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 ____/____/____ امضاء
تایید درخواست و احراز هویت بیمه گذار (شعبه، نمایندگی)	شعبه <input type="checkbox"/> نمایندگی <input type="checkbox"/> 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 و تمامی اوراق بیمه نامه (شامل اصل بیمه نامه، شرایط عمومی و سایر ضمائم آن) دریافت گردید. کارشناس شعبه / نمایندگی تاریخ ____/____/____ امضاء
تذکرات	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 تایید 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