



(سهامی عام)

شماره ثبت ۲۰۰۷۲۲

خواهشمند است به همه موارد مندرج در این فرم با دقت و به صورت خوانا پاسخ دهید.

شناسه مدرک: PI-2400-FR-481
شماره بازنگری: 04

فرم درخواست بهره‌مندی از منافع بیمه‌نامه زندگی

شماره بیمه‌نامه:	نوع بیمه‌نامه:	کد رایانه:	تاریخ صدور بیمه‌نامه: / /
مشخصات بیمه‌گزار	نام و نام خانوادگی:	کد ملی:	تاریخ تولد: / /
	تلفن ثابت:	تلفن همراه:	
این قسمت توسط بیمه‌گزار تکمیل می‌گردد	نوع درخواست (بهره‌مندی از منافع)	<input type="checkbox"/> دریافت وام به اعتبار اندوخته بیمه‌نامه به مبلغ (حروف): ریال. (عدد): ریال * <input type="checkbox"/> برداشت از اندوخته بیمه‌نامه به مبلغ (حروف): ریال. (عدد): ریال * <input type="checkbox"/> بازخرید بیمه‌نامه با ارزش بازخریدی به مبلغ (حروف): ریال. (عدد): ریال * <input type="checkbox"/> بازخرید بیمه‌نامه دارای وام پس از کسر جمع بدهی وام به مبلغ (حروف): ریال. (عدد): ریال * <input type="checkbox"/> تسویه پیش از موعد وام با جمع بدهی وام به مبلغ (حروف): ریال. (عدد): ریال * <input type="checkbox"/> ابطال بیمه‌نامه (فقط تا ۳۰ روز از تاریخ صدور بیمه‌نامه امکان پذیر است). <input type="checkbox"/> دریافت سرمایه حیات در انتهای مدت بیمه‌نامه. * مبلغ می‌بایست توسط تاییدکننده درخواست، از سامانه بیمه‌گری استعلام گردد و درج آن الزامی است. * مبلغ مندرج، از تاریخ استعلام تا ۱۵ روز معتبر می‌باشد. تاریخ استعلام / /	
		تکمیل این قسمت توسط بیمه‌گزار، تنها در صورت درخواست وام (در هر دو سیستم فن‌آوران و یکپارچه) ضروری می‌باشد. با توجه به دریافت وام درخواست صدور یک فقره بیمه‌نامه با سرمایه معادل اصل و بهره وام صادره و مدت بیمه‌نامه معادل مدت بازپرداخت وام برای اینجانب با کد ملی با حق بیمه معادل ریال توسط بیمه پارسیان را دارم. نام و نام خانوادگی، تاریخ و امضاء بیمه‌گزار:	
اطلاعات بانکی	خواهشمند است مبلغ فوق به شماره حساب بانکی		
	به شماره شبا * نزد بانک شعبه (کد شعبه:) به نام آقای/ خانم: واریز گردد. * درج شماره حساب بانکی ایران (شبا) الزامی است. * مسئولیت هرگونه اشتباه در اعلام شماره حساب، نام صاحب حساب و سایر مشخصات حساب بانکی جهت واریز مبلغ یادشده بالا، متوجه بیمه‌گزار خواهد بود.		
گواهی بیمه‌گزار	بدینوسیله گواهی می‌گردد که اطلاعات درج‌شده در فرم را با صحت و دقت تکمیل نموده‌ام. همچنین شرایط عمومی بهره‌مندی از منافع بیمه‌نامه‌های زندگی که جزء لاینفک این فرم می‌باشد را به طور کامل و دقیق مطالعه و بعد از دریافت توضیحات تکمیلی کارشناس عمر/ نماینده، موافقت خود را با تمامی مفاد آن اعلام می‌دارم. نام و نام خانوادگی، تاریخ و امضاء بیمه‌گزار:		
تایید درخواست و احراز هویت بیمه‌گزار	<input type="checkbox"/> شعبه / <input type="checkbox"/> نمایندگی کد: تلفن:		
	اینجانب:، ضمن احراز هویت بیمه‌گزار محترم آقای/ خانم:، درخواست وی مبنی بر <input type="checkbox"/> دریافت وام <input type="checkbox"/> برداشت از اندوخته <input type="checkbox"/> بازخرید <input type="checkbox"/> بازخرید بیمه‌نامه دارای وام <input type="checkbox"/> تسویه پیش از موعد وام <input type="checkbox"/> ابطال بیمه‌نامه زندگی <input type="checkbox"/> دریافت سرمایه حیات در انتهای مدت قرارداد به شماره بیمه‌نامه: را تایید و اعلام می‌دارم. همچنین توضیحات تکمیلی در خصوص درخواست بیمه‌گزار، مطابق با شرایط عمومی بهره‌مندی از منافع بیمه‌نامه‌های زندگی ارایه گردید. تاریخ، مهر و امضاء شعبه/ نمایندگی:		
تذکرات	تذکر ۱: مسئولیت هرگونه تبعات حقوقی ناشی از سوء استفاده‌های احتمالی از مندرجات این فرم، بر عهده تاییدکننده درخواست می‌باشد. تذکر ۲: در صورت درخواست ابطال، بازخرید و دریافت سرمایه حیات در انتهای مدت بیمه‌نامه، ارسال و عودت اصل بیمه‌نامه و تصویر کارت بانکی حاوی شماره شبا بانکی بیمه‌گزار به مدیریت بیمه‌های زندگی الزامی است. تذکر ۳: شرط اصلی بررسی این فرم، پرکردن کامل فرم و ارایه مدارک لازم مطابق با آخرین مجموعه بخش‌نامه‌های مدیریت بیمه‌های زندگی است. تذکر ۴: در صورت درخواست بهره‌مندی از منافع بیمه‌نامه زندگی شامل تسویه پیش از موعد وام و بازخرید بیمه‌نامه با ارزش بازخریدی صفر، نیازی به تکمیل اطلاعات بانکی نمی‌باشد.		
	تاریخ درخواست:	تاریخ بررسی درخواست:	نتیجه بررسی: <input type="checkbox"/> تایید <input type="checkbox"/> رد
مدیریت بیمه‌های زندگی	توضیحات: نام و نام خانوادگی، تاریخ و امضاء بررسی‌کننده:		