



(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 بیمه‌گذار	نام و نام خانوادگی:		کد ملی:		تاریخ تولد: / /		این قسمت توسط بیمه‌گذار تکمیل می‌گردد
	تلفن ثابت:		تلفن همراه:				
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 امکان‌پذیر 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: / /						
	درخواست صدور بیمه‌نامه صادره	* تکمیل این قسمت توسط بیمه‌گذار، 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 بیمه‌گذار:					
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 بیمه‌گذار خواهد بود.						
گواهی بیمه‌گذار	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 بیمه‌گذار:						
تایید درخواست بیمه‌گذار	شعبه/ <input type="checkbox"/> نمایندگی		کد:		تلفن:		اینجانب:، ضمن احراز هویت بیمه‌گذار 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 بیمه‌گذار، مطابق با شرایط عمومی بهره‌مندی از منافع بیمه‌نامه‌های زندگی ارایه گردید. تاریخ، مهر و امضاء شعبه/ نمایندگی:
	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 بیمه‌گذار 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.						
مدیریت بیمه‌های زندگی	تاریخ درخواست:		تاریخ بررسی درخواست:		نتیجه بررسی: <input type="checkbox"/> تایید <input type="checkbox"/> رد		توضیحات:
نام و نام خانوادگی، تاریخ و امضاء بررسی‌کننده:							