

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

|  |  |  |  |                               |  |  |  |
|--|--|--|--|-------------------------------|--|--|--|
| شماره بیمه‌نامه:   |  | نام بیمه‌شده:                                  |  | کد رایانه:                    |  | تاریخ تکمیل فرم:   |  |
| نام خانوادگی:  |  | نام خانوادگی:                                  |  | نام خانوادگی:                 |  | نام خانوادگی:  |  |
| کد ملی:  |  | شماره شناسنامه:                                |  | نام پدر:                      |  | محل تولد:  |  |
| تاریخ تولد:  |  | وضعیت تاهل:                                    |  | جنسیت:                        |  | محل صدور:  |  |
| شغل اصلی:  |  | شغل فرعی:                                      |  | تحصیلات:                      |  | کد رایانه بیمه‌گذار:   |  |
| <p>(خواهشمند است نوع شغل یا کاری را که به آن اشتغال دارید، به صورت دقیق ذکر نمایید. عناوین شغلی مانند آزاد، کارگر، کارمند، عنوان رشته تحصیلی و ... مورد قبول نمی‌باشد.)</p>  |  |  |  |                               |  |  |  |
| محل سکونت: استان:  |  | شهر:   |  | نشانی دقیق:                   |  | تلفن محل سکونت:  |  |
| محل کار: استان:  |  | شهر:   |  | نشانی دقیق:                   |  | تلفن محل کار:  |  |
| نسبت با بیمه‌شده:  |  | کدپستی محل کار:                                |  | تلفن همراه:                   |  | کدپستی محل سکونت:  |  |
| خود شخص <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>   |  |  |  |                               |  |  |  |
| کل حق بیمه وصولی   |  | ریال.  |  | اندوخته قطعی                  |  | ریال.  |  |
| سرمایه حادثه   |  | ریال.  |  | سرمایه فوت                    |  | ریال.  |  |
| جمع اقساط پرداختی وام  |  | ریال.  |  | ارزش بازخرید قطعی             |  | ریال.  |  |
| جمع اقساط معوق وام   |  | ریال.  |  | جمع حق بیمه معوق              |  | ریال.  |  |
| وام دریافتی جاری   |  | ریال.  |  | جمع بدهی وام                  |  | ریال.  |  |
| <p>اینجانب ..... بیمه‌گزار جدید بیمه‌نامه زندگی به شماره بیمه‌نامه ..... اعلام می‌دارم که نسبت به تمامی اطلاعات مالی (خلاصه صورت وضعیت بیمه‌نامه) درج‌شده در این فرم آگاهی کامل داشته و تمامی حقوق مترتب بر بیمه‌گزار قدیم این بیمه‌نامه (شامل اقساط معوق وام، بدهی وام، حق بیمه معوق و ...)، از تاریخ ..... به اینجانب منتقل گردیده است.</p> <p>نام و نام خانوادگی بیمه‌گزار جدید: ..... تاریخ و امضاء بیمه‌گزار جدید: .....</p>  |  |  |  |                               |  |  |  |
| نام و نام خانوادگی بیمه‌گزار قدیم:   |  | نام و نام خانوادگی بیمه‌شده:                   |  | تاریخ و امضاء بیمه‌گزار قدیم: |  | تاریخ و امضاء بیمه‌شده:  |  |
| شعبه / <input type="checkbox"/> نمایندگی (معرف)  |  | کد:  |  | تلفن:                         |  |  |  |
| <p>اینجانب ..... ضمن احراز هویت بیمه‌گزار قدیم <input type="checkbox"/> آقای / <input type="checkbox"/> خانم .....، هویت بیمه‌گزار جدید <input type="checkbox"/> آقای / <input type="checkbox"/> خانم ..... و بیمه‌شده <input type="checkbox"/> آقای / <input type="checkbox"/> خانم ..... در بیمه‌نامه زندگی به شماره ..... را تایید و کیی مدارک شناسایی (کارت ملی / صفحه نخست شناسنامه بیمه‌گذار جدید) را ممهور به مهر نمایندگی و امضاء بیمه‌گزار نموده و به پیوست ارسال می‌نمایم.</p> <p>تاریخ، مهر و امضاء شعبه / نمایندگی (معرف): .....</p> |  |  |  |                               |  |  |  |
| <p>تذکر ۱: مسئولیت هرگونه تبعات حقوقی ناشی از سوء استفاده‌های احتمالی از مندرجات این فرم، بر عهده تاییدکننده درخواست می‌باشد.</p> <p>تذکر ۲: شرط اصلی بررسی این فرم، پرکردن کامل فرم و ارائه مدارک لازم مطابق با آخرین مجموعه بخش‌نامه‌های مدیریت بیمه‌های زندگی می‌باشد.</p> <p>تذکر ۳: این فرم تا یک ماه پس از تاریخ تکمیل فرم، اعتبار دارد.</p>   |  |  |  |                               |  |  |  |
| تاریخ دریافت درخواست:  |  | تاریخ بررسی درخواست:                           |  | نتیجه بررسی:                  |  | تایید درخواست <input type="checkbox"/> رد درخواست <input type="checkbox"/> |  |
| توضیحات:   |  | نام و نام خانوادگی، تاریخ و امضای بررسی‌کننده: |  |                               |  |  |  |