



فرم درخواست ابطال بیمه نامه عمر و تأمین آتیه

شرکت محترم بیمه پاسارگاد

با احترام

خواهشمند است نسبت به ابطال بیمه نامه عمر و تأمین آتیه شماره..... صادره در تاریخ..... اینجانب خانم/آقای..... بیمه گذار بیمه نامه فوق با کد ملی..... و کد ملی بیمه شده..... با توجه مدارک ذیل اقدام فرمائید.

- ۱- اصل بیمه نامه ۲- الحاقیه های صادره ۳- قبوض / برگه های پرداختی حق بیمه (تعداد..... برگ) ۴- رونوشت کارت ملی بیمه گذار ۵- شماره شبامتعلق به بیمه گذار:

IR نام بانک:.....

بیمه گذار محترم در صورت مفقود شدن مدارک بیمه نامه متن ذیل را تأیید نمایید.

اینجانب..... بیمه گذار بیمه نامه عمر و تأمین آتیه: اصل بیمه نامه الحاقیه قبوض پرداختی را مفقود نموده و متعهد می گردم در صورت یافتن شدن ، مدارک فوق را به نزدیکترین مرکز یا شعب شرکت بیمه پاسارگاد تحویل نموده و نسبت به آن ها هیچ گونه ادعایی ندارم. نام و نام خانوادگی، امضاء و اثر انگشت بیمه گذار: * تاریخ: *

- ۱- شماره شبا اعلامی حتماً به نام بیمه گذار به صورت چاپ شده و از طرف بانک باشد، در غیر این صورت عواقب بعدی به عهده بیمه گذار می باشد. ۲-نوشتن شماره تماس الزامی می باشد. شماره تماس اعلامی به عنوان شماره اصلی شما در سیستم ثبت خواهد شد، حتماً می بایست شماره تماس بیمه گذار اعلام شود. ۳- جهت پذیرش ابطال می بایست نماینده اولیه مندرج در بیمه نامه از ابطال بیمه نامه مطلع باشد. در غیر این صورت درخواست فاقد اعتبار است. (این بند در خصوص ارسال و یا تحویل مدارک ابطال توسط اعضای سازمان فروش به شعب شرکت بیمه پاسارگاد بوده و در صورت مراجعه حضوری بیمه گذار نیاز به نامه نماینده اولیه نمی باشد). ۴- بیمه گذار محترم لطفاً دلیل ابطال بیمه نامه خود را ذکر نمایید..... ۵- تطبیق امضاء بیمه گذار، با امضای مندرج در فرم پرسش نامه و پیشنهاد اولیه الزامی است.

سایر اطلاعات بیمه نامه صادر شده

۱- آیا بیمه نامه آزمایشات و معاینات پزشکی داشته است؟ بلی خیر در صورت مثبت بودن پاسخ میزان و نحوه پرداخت هزینه های انجام شده را مشخص نمایید:.....

* شماره تلفن همراه :..... * نام و نام خانوادگی، امضاء و اثر انگشت بیمه گذار: * * تاریخ: *

تأیید درخواست و احراز مشخصات بیمه گذار

اینجانب..... مسئول صدور کارشناس شعبه..... نماینده عمومی/مدیر ارشد/کد..... ضمن بررسی و احراز هویت بیمه گذار محترم خانم/آقای..... درخواست وی مبنی بر ابطال بیمه نامه (۳۰ روز از انقضای تاریخ صدور) به شماره بیمه نامه..... تأیید و اعلام می نمایم، تمامی مدارک را منطبق با بخشنامه های صادره مدیریت بیمه های عمر و تأمین آتیه دریافت نموده ام.

✓ اصل صفحات بیمه نامه و ضمائم ✓ اسناد پزشکی، تصویر فرم پرسش نامه و پیشنهاد اولیه ✓ قبوض پرداختی حق بیمه ✓ نامه نماینده عمومی/مدیر ارشد ✓ تصویر کارت ملی بیمه گذار ✓ شماره شبا بانکی بیمه گذار

* نام خانوادگی، امضاء نماینده عمومی: * نام خانوادگی، امضاء مدیر ارشد / فروش: * نام خانوادگی، امضاء مسئول صدور / کارشناس شعبه: * تاریخ: * تاریخ: * تاریخ: *

در صورت درخواست ، از این قسمت بریده شده و به عنوان رسید دریافت مدارک به بیمه گذار تحویل شود.

بدین وسیله تأیید می شود بیمه نامه عمر و تأمین آتیه شماره..... به نام بیمه گذار خانم/ آقای..... جهت انجام امور ابطال به این واحد تحویل شد. * درخواست ابطال مورخ..... ثبت و مبلغ..... (ریال) به شماره شبا بیمه گذار واریز می گردد. نام و امضاء دریافت کننده:..... تاریخ: