

فرم درخواست ابطال/بازخرید بیمه‌های زندگی

بیمه‌گذار محترم، خواهشمند است به کلیه موارد مندرج در این فرم با دقت و به صورت خوانا پاسخ دهید.

شماره بیمه‌نامه:	کد رایانه:	تاریخ صدور بیمه‌نامه:	۱۳ / /
بیمه‌گذار	نام و نام خانوادگی: کد ملی: تاریخ درخواست: ۱۳ / /		
	تلفن	تلفن همراه (الزامی):	
نوع درخواست	<input type="checkbox"/> بازخرید بیمه‌نامه با ارزش بازخریدی به مبلغ (حروف) ریال (عدد) ریال * <input type="checkbox"/> ابطال بیمه‌نامه (صرفاً تا ۲۱ روز از تاریخ صدور بیمه‌نامه امکانپذیر می‌باشد) * مبلغ میبایست توسط تائید کننده درخواست از سیستم صدور اعلام و به بیمه‌گذار اعلام گردد و درج آن الزامی می‌باشد.		
اطلاعات بانکی	خواهشمند است مبلغ فوق به شماره حساب بانکی به شماره شبها* نزد بانک شعبه (کدشعبه) به نام آقای/خانم واریز گردد.* * دارندگان حساب بانک ملت نیازی به درج شماره حساب بانکی ایران (شبا) ندارند. * مسئولیت هرگونه اشتباه در اعلام شماره حساب، نام صاحب حساب و سایر مشخصات حساب بانکی جهت واریز مبلغ فوق‌الذکر، متوجه بیمه‌گذار خواهد بود.		
گواهی بیمه‌گذار	بدینوسیله گواهی می‌گردد که اطلاعات مندرج در فرم را با صحت و دقت تکمیل نموده‌ام. ضمناً با اطلاع از شرایط ابطال / فسخ بیمه‌نامه‌های عمر انفرادی موافقت خود را در ارتباط با تمامی مفاد آن اعلام می‌دارم. نام و نام خانوادگی، تاریخ و امضاء بیمه‌گذار		
تائید درخواست و احراز هویت بیمه‌گذار (شعبه، نمایندگی)	شعبه / <input type="checkbox"/> نمایندگی	کد:	تلفن:
	نظر کارشناس شعبه / نماینده: اینجانب ضمن احراز هویت بیمه‌گذار محترم آقای/خانم، درخواست وی مبنی بر <input type="checkbox"/> بازخرید/ <input type="checkbox"/> ابطال بیمه‌نامه عمر انفرادی به شماره و کد رایانه را تایید و اعلام می‌دارم. ضمناً توضیحات تکمیلی در خصوص درخواست بیمه‌گذار ارائه گردید و کلیه اوراق بیمه‌نامه بشرح لیست ذیل از بیمه‌گذار دریافت و در پرونده صدور بایگانی شده است. <input type="checkbox"/> اصل بیمه‌نامه <input type="checkbox"/> شرایط عمومی <input type="checkbox"/> جداول پیش‌بینی تعهدات بیمه‌گذار و بیمه‌گر <input type="checkbox"/> فیش‌های واریز اقساط		
کارشناس شعبه / نمایندگی تاریخ، مهر و امضاء نکته مهم: تاریخ ملاک تشخیص ابطال بیمه‌نامه یا محاسبه ارزش بازخریدی بر اساس تاریخ ثبت درخواست در سیستم اتوماسیون اداری شرکت می‌باشد. لذا کلیه شعب نمایندگان به محض دریافت درخواست، در اسرع وقت نسبت به ثبت درخواست سیستم اتوماسیون اقدام فرمایند.			
تذکرات	تذکر ۱: مسئولیت هرگونه تبعات حقوقی ناشی از سوء استفاده‌های احتمالی از مندرجات فرم مزبور به عهده تائید کننده درخواست خواهد بود. تذکر ۲: شرط اصلی بررسی فرم مزبور، تکمیل کامل فرم و ارائه مدارک لازم مطابق با آخرین مجموعه بخشنامه‌های مدیریت عمر انفرادی می‌باشد. تذکر ۳: ارائه شماره حساب بانک ملت موجب تسریع در روند انجام امور خواهد بود.		
سناد	نظر کارشناس مسئول: شماره نامه درخواست (اتوماسیون اداری) تاریخ نامه درخواست (اتوماسیون اداری) تاریخ صدور حواله: اینجانب ضمن بررسی درخواست بیمه‌گذار و تائید آن، مبلغ ریال را به عنوان <input type="checkbox"/> ارزش بازخریدی/ <input type="checkbox"/> حق بیمه قابل عودت پس از کسر هزینه‌ها اعلام می‌دارد.		
امضاء کارشناس مسئول		تائید مدیریت	