



تاریخ: ۹۳/۳/۴۱
شماره: ۹۴۴/۱۰/۷۴۱
پیوست: ۲/۲

بخشنامه شماره ۳ بیمه های زندگی مورخ ۱۳۹۳/۰۴/۰۱

حضور محترم روسا و کارشناسان شعب
با سلام

از کلیه همکاران محترم درخواست می گردد در صورت اعلام خسارت در بیمه های آرمان زندگی، لطفاً طبق فرم پیوست عمل نمایید.
بدیهی است که کلیه موارد می بایست با خط خوانا و بدون قلم خوردگی و همچنین با مهر و امضاء های مربوطه تکمیل شده باشد.
یاد آور می گردد که فرم های مربوط به درخواست تغییرات در بیمه نامه و همچنین فرم بهره مندی از منافع بیمه نامه قبلاً ارسال شده است.

با تشکر
خسرو جانپذیری
سرپرست مدیریت بیمه های زندگی

نشانی: تهران، باوقر هیراداد، خیابان
شعبه مدیریت خدمات، پلاک ۴
تلفن: ۶۶۳۰۳۸۹۰ - ۶
دورنگار: ۶۶۳۷۷۹۰
تلفن گویا: ۲۸۵۵ - ۰۲۱



فرم اعلام خسارت در بیمه عمر و سرمایه گذاری طرح آرمان زندگی

لطفاً کلیه موارد زیر را با دقت مطالعه و با خط خوانا و بدون خط خوردگی پاسخ نمایید.

شماره بیمه نامه :		تاریخ صدور بیمه نامه : ۰۰ / ۰۰ / ۱۳	
تاریخ وقوع خسارت :		تاریخ اعلام خسارت :	
نام و آدرس بیمه گذار			
نام و آدرس بیمه شده			
نام و آدرس درخواست کننده			
این قسمت توسط بیمه گذار یا بیمه شده یا درخواست کننده تکمیل می گردد	نوع خسارت	<ul style="list-style-type: none">○ امراض خاص :○ هزینه پزشکی ناشی از حادثه :○ نقص عضو و از کارافتادگی :○ معافیت از پرداخت حق بیمه :○ فوت ناشی از حادثه :○ فوت طبیعی :	
	شرح خسارت	توضیح : در صورت فوت ارسال اصل بیمه نامه و ملحقات آن الزامی است توضیحات :	
اطلاعات بانکی		خواهشمند است مبلغ مربوطه را به شماره حساب (کد شعبه) به نام آقای / خانم واریز گردد . مسئولیت هر گونه اشتباه در اعلام شماره حساب و سایر مشخصات حساب بانکی جهت واریز مبلغ مذکور ، متوجه اینجانب ، بیمه گذار بیمه نامه خواهد بود .	
شعبه :		نماینده کد :	کارگزار کد :
تایید درخواست و احراز هویت بیمه گذار توسط شعبه نماینده کارگزار		اینجانب ضمن احراز هویت بیمه گذار محترم آقای / خانم درخواست وی مبتنی بر مطالب فوق را تأیید و اعلام میدارم . ضمناً توضیحات کامل و کفای در خصوص درخواست بیمه گذار مطابق با شرایط عمومی را ارائه نموده ام . (کلیه مدارک مورد نیاز طبق آخرین بخشنامه به پیوست می باشد) نام و نام خانوادگی : تاریخ ، مهر و امضاء :	