

فرم درخواست بهره مندی از منافع بیمه عمر و سرمایه گذاری طرح آرمان زندگی

| | | | |
|--|--|---|-------------|
| شماره بیمه نامه : | | تاریخ صدور بیمه نامه : ۰۰/۰۰/۱۳ | |
| بیمه گذار | نام و نام خانوادگی : | نام پدر : | کد ملی : |
| | شناسنامه : | تاریخ تولد : | تلفن ثابت : |
| نوع درخواست | <input type="checkbox"/> دریافت وام از اندوخته بیمه نامه به مبلغ : <input type="checkbox"/> برداشت از اندوخته بیمه نامه به مبلغ : <input type="checkbox"/> بازخرید بیمه نامه با ارزش بازخریدی به مبلغ : <input type="checkbox"/> ابطال بیمه نامه (صرفاً تا ۳۰ روز از تاریخ صدور بیمه نامه امکان پذیر است) <input type="checkbox"/> انصراف از صدور بیمه نامه / عدم صدور (در صورت انجام آزمایش در مراکز طرف قرارداد هزینه آزمایش از پیش پرداخت کسر می شود) | | |
| | تلفن همراه : | | |
| این قسمت توسط بیمه گذار تکمیل می گردد | اطلاعات بانکی | خواهشمند است مبلغ مربوطه رایبه شماره حساب نزد بانک شعبه/کدشعبه شماره شبا به نام 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 . | |
| | گواهی بیمه گذار | بدینوسیله گواهی می نمایم که کلیه مطالب مورد درخواست خود را با صحت و دقت تکمیل نموده ام و با اطلاع کامل از مطالب مندرج در شرایط عمومی بیمه نامه و بعد از توضیحات تکمیلی نماینده ، موافقت خود را با تمامی مفاد آن اعلام می دارم . نام و نام خانوادگی : تاریخ و امضاء : | |
| گواهی بیمه گذار | در صورت درخواست وام این قسمت تکمیل شود : اجازه برداشت از اندوخته بیمه نامه آرمان زندگی اینجانب بیمه گذار بیمه نامه شماره اجازه برداشت از اندوخته خود در صورت تاخیر اقساط وام را به شرح زیر به شرکت بیمه آرمان تفویض و همچنین تایید می نمایم ؛ الف) اندوخته بیمه نامه مذکور به عنوان وثیقه نزد شرکت بیمه آرمان تا تسویه کامل وام طبق شرایط عمومی بیمه نامه باقی می ماند . ب) حق برداشت از اندوخته بیمه نامه مذکور را تا زمان تسویه کامل اقساط وام نخواهم داشت . ج) در صورت عدم بازپرداخت اقساط وام حداکثر تا ۵ روز پس از سررسید ، بیمه گر حق و اختیار خواهد داشت راساً نسبت به برداشت قسط پرداخت نشده ، از اندوخته بیمه نامه اینجانب اقدام نماید . د) مفاد این اجازه نامه برای اینجانب قرائت و تفهیم شد و حق هر گونه اعتراض را نسبت به آن از خود سلب و ساقط مینمایم. نام و نام خانوادگی : تاریخ و امضاء : | | |
| | شعبه : نماینده کد : کارگزار کد : تلفن : | | |
| تایید درخواست و احراز هویت بیمه گذار توسط شعبه/نماینده/کارگزار (تایید نهایی) احراز هویت برعهده کارشناس شعبه می باشد. | اینجانب ضمن احراز هویت و تایید صحت امضا بیمه گذار محترم آقای / خانم درخواست وی مبنی بر مطالب فوق را تایید و اعلام میدارم . ضمناً توضیحات کامل و کافی در خصوص درخواست بیمه گذار مطابق با شرایط عمومی را ارائه نموده ام . نام و نام خانوادگی : تاریخ ، مهر و امضاء : | | |