

مورخ ۱۳۹۳/۰۳/۱۷

بخشنامه شماره ۲ بیمه های زندگی

حضور محترم روسا و کارشناسان شعب
با سلام و احترام

از کلیه همکاران محترم درخواست می گردد در صورت درخواست بیمه گذاران در خصوص بهره مندی از منافع بیمه نامه ، خواهشمند است منبعد طبق فرم پیوست عمل نمایید .
بدیهی است کلیه موارد در فرم مربوطه اعم از : مشخصات بیمه گذار ، نوع درخواست ، اطلاعات بانکی ، گواهی بیمه گذار ، تاییدیه درخواست و احراز هویت بیمه گذار بایستی با خط خوانا و بدون خط خوردگی تکمیل و به مهر و امضاء های مربوطه رسیده باشد .
یادآوری می گردد که فرم درخواست تغییرات در بیمه نامه و فرم پرسشنامه پزشکی مربوط به آن قبلاً ارسال شده است .

با تشکر

سرپرست مدیریت بیمه های زندگی
خسرو جانگیری

فرم درخواست بهره مندی از منافع 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	
این قسمت توسط بیمه گذار تکمیل می گردد	نام :	نام خانوادگی :	نام پدر :
	کد ملی :	شماره شناسنامه :	تاریخ تولد :
نوع درخواست	تلفن ثابت :	تلفن همراه :	
	<input type="radio"/> دریافت وام از اندوخته بیمه نامه به مبلغ : <input type="radio"/> برداشت از اندوخته بیمه نامه به مبلغ : <input type="radio"/> بازخرید بیمه نامه با ارزش بازخریدی به مبلغ : <input type="radio"/> ابطال بیمه نامه (صرفاً تا ۳۰ روز از تاریخ صدور بیمه نامه امکان پذیر است) توضیح : در صورت درخواست ابطال یا بازخرید بیمه نامه ، ارسال اصل بیمه نامه و ملحقات آن الزامی است		
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 .		
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 :		
تایید درخواست و احراز هویت بیمه گذار توسط شعبه نماینده/کارگزار	شعبه :	نماینده کد :	کارگزار کد :
	اینجانب ضمن احراز هویت 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 :		
این قسمت توسط ستاد تکمیل می گردد	تاریخ دریافت درخواست :	تاریخ بررسی درخواست :	تاریخ بررسی درخواست :
	نتیجه بررسی : تایید	رد	توضیحات :
نام و نام خانوادگی / تاریخ و امضاء بررسی کننده :		مدیر محترم مالی	
خواهشمند است دستور فرمایید نسبت به پرداخت مبلغ با توجه به مطالب فوق در وجه بیمه گذار اقدام نمایند .		مدیر بیمه های زندگی	
		معاون مدیر بیمه های زندگی	