



فرم درخواست بهره‌مندی از منافع بیمه‌نامه عمر و زندگی

شماره سند: LF-18/01FM-

تاریخ: / / ۱۴

پیوست: ندارد

صفحه: ۱ از ۱

شماره بیمه‌نامه:

نام و نام خانوادگی بیمه‌گذار:

واحد صدور بیمه‌نامه:

کد رایانه:

نام و نام خانوادگی بیمه شده:

تاریخ صدور بیمه‌نامه:

نوع درخواست

- دریافت وام از محل اندوخته بیمه‌نامه به مبلغ: ریال و با روش پرداخت:
 - برداشت از اندوخته بیمه‌نامه به مبلغ: ریال
 - بازخرید بیمه‌نامه با ارزش بازخریدی به مبلغ: ریال
 - ابطال بیمه‌نامه: (صرفاً تا ۳۰ روز از تاریخ صدور بیمه‌نامه امکان پذیر است)
 - پایان دوره
- نکته ۱: مبلغ می‌بایست از طریق گزارش ۵۰۸۳۹ استعلام و درج گردد.
- نکته ۲: بیمه‌گذار زمانی می‌تواند درخواست وام دهد که قسط معوقی نداشته باشد.
- نکته ۳: درخواست دریافت وام و برداشت از اندوخته پس از پایان سال دوم و به صورت درصدی از اندوخته بیمه‌نامه می‌باشد.

گواهی بیمه‌گذار

بدینوسیله گواهی می‌نمایم که کلیه اطلاعات مندرج در فرم را به درستی و در کمال دقت تکمیل نموده و با اطلاع کامل از مطالب مندرج در شرایط عمومی بیمه‌نامه و توضیحات تکمیلی نماینده، موافقت خود را با تمامی مفاد آن اعلام می‌نمایم .

خواهشمند است مبلغ قابل پرداخت را به شماره حساب نزد بانک.....

شعبه/کد شعبه شماره شبا به نام اینجانب واریز گردد .

* مسئولیت هر گونه اشتباه در اعلام شماره حساب و سایر مشخصات حساب بانکی جهت واریز مبلغ مذکور، متوجه اینجانب، بیمه‌گذار بیمه‌نامه خواهد بود .

* مفاد این اجازه‌نامه 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 امضا:

در صورت درخواست وام این قسمت تکمیل شود: اجازه برداشت از اندوخته بیمه‌نامه آرمان زندگی.

اینجانب بیمه‌گذار بیمه‌نامه شماره اجازه برداشت از اندوخته بیمه‌نامه خود را در صورت تاخیر در پرداخت اقساط وام به شرح زیر به شرکت بیمه آرمان تفویض و همچنین تأیید می‌نمایم ؛

الف (اندوخته بیمه‌نامه مذکور به عنوان وثیقه نزد شرکت بیمه آرمان تا تسویه کامل وام طبق شرایط عمومی بیمه‌نامه باقی می‌ماند .

ب (حق برداشت از اندوخته بیمه‌نامه 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 رأساً نسبت به تسویه اقساط، از اندوخته بیمه‌نامه 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 امضا:

احراز هویت

اینجانب به کد پرسنلی/ کد نمایندگی..... شخصاً بیمه‌گذار را ملاقات نموده و ضمن ارائه اطلاعات کامل در خصوص درخواست بیمه‌گذار مطابق با شرایط عمومی و احراز هویت ایشان و نیز اخذ تصویر شناسنامه/ کارت ملی و مطابقت با امضاء فرم پیشنهاد صحت امضای ایشان را تأیید می‌نمایم.

اصل بیمه‌نامه (بازخرید / ابطال / پایان دوره) دریافت شد.

تاریخ مهر و امضا:

تأیید صحت امضاء توسط کارشناس صدور الحاقیه:

تاریخ و ثبت الحاقیه: