

## فرم درخواست صدور المثنی / بازخرید بیمه‌نامه مفقودی عمرانفرادی



خواهشمند است به کلیه موارد مندرج در این فرم با دقت و به صورت خواناً پاسخ دهد.

تاریخ صدور بیمه‌نامه: / / ۱۳

نوع بیمه‌نامه:

شماره بیمه‌نامه:

 بازخرید بیمه‌نامه مفقودی عمر انفرادی صدور المثنی (نسخه دوم)

نام خانوادگی:	نام:	بیمه‌گذار
شماره شناسنامه:	کد ملی:	
تلفن همراه:	تلفن ثابت (را ذکر کد شهر)	
نام پدر:	نام پدر:	بیمه‌گذار
تاریخ تولد:	/ / ۱۳	
نسبت با بیمه‌شده:		
بدينوسیله گواهی می‌گردد اینجانب (بیمه‌گذار) اطلاعات مندرج در فرم را با صحت و دقت کامل تکمیل و مفقودی اصل بیمه‌نامه را به بیمه‌گر اعلام می‌نمایم. همچنین ضمن آگاهی و قبول کلیه تبعات حقوقی ناشی از سوء استفاده احتمالی از اصل بیمه‌نامه و تعهد ضمان کشف فساد، درخواست خود را بعد از استماع توضیحات تکمیلی نماینده اعلام داشته و تعهد می‌نمایم که در صورت بازخرید بیمه‌نامه مفقودی و دریافت ارزش بازخریدی حق هرگونه ادعا در خصوص منافع بیمه‌نامه از اینجانب و ذینفعان بیمه‌نامه سلب گردد.		
نام و نام خانوادگی، تاریخ درخواست و امضاء بیمه‌گذار		

نام خانوادگی:	نام:	بیمه‌شده
شماره شناسنامه:	کد ملی:	
تلفن همراه:	تلفن ثابت (را ذکر کد شهر)	
نام پدر:	نام پدر:	موافق بیمه‌شده
تاریخ تولد:	/ / ۱۳	
بدينوسیله گواهی می‌گردد اینجانب (بیمه‌شده) اطلاعات مندرج در فرم را با صحت و دقت کامل تکمیل و مفقودی اصل بیمه‌نامه را به بیمه‌گر اعلام می‌نمایم. همچنین بعد از استماع توضیحات تکمیلی نماینده، موافقت خود را مبنی بر درخواست بیمه‌گذار اعلام می‌دارم.		
نام و نام خانوادگی، تاریخ موافقت و امضاء بیمه‌شده		

تلفن:	کد:	<input type="checkbox"/> مجتمع بیمه‌ای / <input type="checkbox"/> شعبه / <input type="checkbox"/> ICD / <input type="checkbox"/> نمایندگی	تایید درخواست و احراز هویت بیمه‌گذار (مجتمع بیمه‌ای، شعبه، ICD نمایندگی)
اینجانب .....، ضمن احراز هویت بیمه‌گذار محترم آقای/خانم .....، و همچنین بیمه‌شده محترم آقای/ خانم .....، ضمن ارائه اطلاعات و توضیحات تکمیلی در خصوص تبعات حقوقی ناشی از سوء استفاده احتمالی از اصل بیمه‌نامه، درخواست ایشان را مبنی بر <input type="checkbox"/> صدور المثنی (نسخه دوم) / <input type="checkbox"/> بازخرید بیمه‌نامه مفقودی عمر انفرادی به شماره ..... تایید و اعلام می‌نمایم.			
تاریخ تایید، مهر و امضاء مجتمع بیمه‌ای / شعبه / ICD / نمایندگی			

تذکر	تذکر ۱: مسئولیت هرگونه تبعات حقوقی ناشی از سوء استفاده‌های احتمالی از اصل بیمه‌نامه مفقودی و تعهد ضمان کشف فساد بر عهده بیمه‌گذار خواهد بود.
	تذکر ۲: مسئولیت هرگونه تبعات حقوقی ناشی از سوء استفاده‌های احتمالی از مندرجات فرم مذبور به عهده تائید کننده درخواست خواهد بود.
	تذکر ۳: در صورت درخواست بازخرید بیمه‌نامه مفقودی عمر انفرادی، تکمیل فرم درخواست بهره مندی از منافع بیمه نامه عمر انفرادی (PI31F006) و امضای شرایط عمومی بهره‌مندی از منافع بیمه‌نامه‌های عمر انفرادی (PI31R009) الزامی است.
	تذکر ۴: شرط اصلی بررسی فرم مذبور، <u>تکمیل کامل فرم و ارائه مدارک لازم</u> مطابق با آخرين مجموعه بخشنامه‌های مدیریت عمر انفرادی می‌باشد.

نتیجه بررسی: <input type="checkbox"/> تایید <input type="checkbox"/> رد	تاریخ بررسی درخواست:	تاریخ دریافت درخواست: <input type="checkbox"/> تایید <input type="checkbox"/> رد
نام و نام خانوادگی، تاریخ، مهر و امضاء بررسی کننده		
آزاده خدمات پس از صدور بیمه‌های عمر انفرادی		