



فرم درخواست ابطال بیمه نامه عمر و تأمین آتیه

شرکت محترم بیمه پاسارگاد

با احترام

خواهشمند است نسبت به ابطال بیمه نامه عمر و تأمین آتیه شماره...../...../..... صادره در تاریخ...../...../..... اینجانب خانم/آقای..... بیمه گذار بیمه نامه فوق با کد ملی..... و کد ملی بیمه شده..... با توجه مدارک ذیل اقدام فرمائید.

- ۱- اصل بیمه نامه ☐ ۲- الحاقیه های صادره ☐ ۳- قبوض / برگه های پرداختی حق بیمه (تعداد..... برگ) ☐
۴- رونوشت کارت ملی بیمه گذار ☐
۵- شماره شبامتعلق به بیمه گذار:

IR	نام بانک:.....
----	----------------

بیمه گذار محترم در صورت مفقود شدن مدارک بیمه نامه متن ذیل را تأیید نمایید.

اینجانب..... بیمه گذار بیمه نامه عمر و تأمین آتیه: اصل بیمه نامه ☐ الحاقیه ☐ قبوض پرداختی ☐ را مفقود نموده و متعهد می گردم در صورت یافتن شدن، مدارک فوق را به نزدیکترین مرکز یا شعب شرکت بیمه پاسارگاد تحویل نموده و نسبت به آن ها هیچ گونه ادعایی ندارم.
* نام و نام خانوادگی، امضاء و اثر انگشت بیمه گذار:
* تاریخ:

- ۱- شماره شبامتعلق به نام بیمه گذار به صورت چاپ شده و از طرف بانک باشد، در غیر این صورت عواقب بعدی به عهده بیمه گذار می باشد.
۲- نوشتن شماره تماس الزامی می باشد. شماره تماس اعلامی به عنوان شماره اصلی شما در سیستم ثبت خواهد شد، حتماً می بایست شماره تماس بیمه گذار اعلام شود.
۳- جهت پذیرش ابطال می بایست نماینده اولیه مندرج در بیمه نامه از ابطال بیمه نامه مطلع باشد. در غیر این صورت درخواست فاقد اعتبار است. (این بند در خصوص ارسال و یا تحویل مدارک ابطال توسط اعضای سازمان فروش به شعب شرکت بیمه پاسارگاد بوده و در صورت مراجعه حضوری بیمه گذار نیاز ی به نامه نماینده اولیه نمی باشد).
۴- بیمه گذار محترم لطفاً دلیل ابطال بیمه نامه خود را ذکر نمایید.....
۵- تطبیق امضاء بیمه گذار، با امضای مندرج در فرم پرسش نامه و پیشنهاد اولیه الزامی است.

سایر اطلاعات بیمه نامه صادر شده

- ۱- آیا بیمه نامه آزمایشات و معاینات پزشکی داشته است؟ بلی ☐ خیر ☐
در صورت مثبت بودن پاسخ میزان و نحوه پرداخت هزینه های انجام شده را مشخص نمایید:.....

* شماره تلفن همراه :.....
* نام و نام خانوادگی، امضاء و اثر انگشت بیمه گذار:
* تاریخ:

تأیید درخواست و احراز مشخصات بیمه گذار

اینجانب..... مسئول صدور/کارشناس شعبه..... نماینده عمومی/مدیر ارشد/کد..... ضمن بررسی و احراز هویت بیمه گذار محترم خانم/آقای..... درخواست وی مبنی بر ابطال بیمه نامه (۳۰ روز از انقضای تاریخ صدور) به شماره بیمه نامه...../...../..... تأیید و اعلام می نمایم، تمامی مدارک را منطبق با بخشنامه های صادره مدیریت بیمه های عمر و تأمین آتیه دریافت نموده ام.

✓ اصل صفحات بیمه نامه و ضامنه اسناد پزشکی، تصویر فرم پرسش نامه و پیشنهاد اولیه ✓ قبوض پرداختی حق بیمه ✓ نامه نماینده عمومی/مدیر ارشد ✓ تصویر کارت ملی بیمه گذار ✓ شماره شبامتعلق بیمه گذار

* نام خانوادگی، امضاء نماینده عمومی: * نام خانوادگی، امضاء مدیر ارشد / فروش: * نام خانوادگی، امضاء مسئول صدور / کارشناس شعبه:
* تاریخ: * تاریخ: * تاریخ:

در صورت درخواست، از این قسمت بریده شده و به عنوان رسید دریافت مدارک به بیمه گذار تحویل شود.

بدین وسیله تأیید می شود بیمه نامه عمر و تأمین آتیه شماره...../...../..... به نام بیمه گذار خانم/ آقای..... جهت انجام امور ابطال به این واحد تحویل شد.
❖ درخواست ابطال مورخ..... ثبت و مبلغ..... (ریال) به شماره شبامتعلق بیمه گذار واریز می گردد.
نام و امضاء دریافت کننده:.....
تاریخ: