



بیمه گذار محترم : لطفاً موارد درج شده در این برگه را مطالعه و تأیید نموده ، سپس نسبت به تکمیل فرم اقدام فرمائید.

۱. با پرداخت این وام به بیمه گذار، تعهدات بیمه پاسارگاد در خصوص ارزش بازخرید بیمه نامه به میزان مانده وام شامل (اصل و کارمزد متعلقه) مادام که تسویه نشده باشد تقلیل می یابد.

۱. با پرداخت این وام به بیمه گذار، تعهدات بیمه پاسارگاد در خصوص ارزش بازخرید بیمه نامه به میزان مانده وام شامل (اصل و کارمزد متعلقه) مادام که تسویه نشده باشد تقلیل می یابد.

۲. نرخ کارمزد وام براساس مصوبات شورای عالی بیمه، حداقل ۴٪ بیشتر از بالاترین نرخ سود فنی بوده و در حال حاضر ۲۲ درصد است.

۲. نرخ کارمزد وام براساس مصوبات شورای عالی بیمه، حداقل ۴٪ بیشتر از بالاترین نرخ سود فنی بوده و در حال حاضر ۲۲ درصد است.

۳. در زمان سررسید بیمه نامه، پرداخت ارزش بازخرید، پرداخت خسارت فوت و یا مخفف شدن بیمه نامه، چنانچه وام تسویه نشده باشد، مانده وام پرداخت شده به بیمه گذار، کارمزد متعلق به آن و جرائم احتمالی تأخیر در پرداخت، از تعهدات بیمه گر کسر می گردد.

۴. به بیمه نامه های با سرمایه مخفف وام تعلق نمی گیرد.

۵. میزان وام پرداختی متناسب با نیاز بیمه گذار حداکثر معادل ۹۰٪ ارزش باز خرید بیمه نامه و مضری از ۵۰۰.۰۰۰ ریال خواهد بود، مشروط بر اینکه کمتر از ۲.۰۰۰.۰۰۰ ریال نباشد.

۶. مدت بازپرداخت وام حداکثر ۶۰ ماه است. (موضوع بر اینکه تاریخ آخرین قسط وام از تاریخ انقضاء بیمه نامه بیشتر نباشد).

۷. روش پرداخت اقساط وام می تواند ماهانه، سه ماهه، شش ماهه، سالانه و یکجا باشد. بازپرداخت آن به درخواست بیمه گذار می تواند طی ۶ ماه، ۱۲ ماه، ۱۸ ماه، ۲۴ ماه، ۳۰ ماه، ۳۶ ماه،

۴۲ ماه، ۴۸ ماه، ۵۴ ماه و ۶۰ ماه به اقساط مساوی انجام پذیرد. «توجه: افزایش مدت زمان باز پرداخت وام با عایت سقف تعین شده، حداکثر تا تاریخ انقضاء بسمه نامه امکان پذیر است»

مدت بیمه نامه ۱۰ سال، و کمتر = مدت باز پرداخت وام حداکثر ۴ سال، / مدت بیمه نامه بالاتر از ۱۰ سال = مدت باز پرداخت وام حداکثر ۵ سال.

۸. در صورت عدم تمایل به دریافت وام پس از واریز به حساب ، مبلغ وام + کارمزد ماه اول محاسبه و دریافت می شود.

۹. به اقساط وامی که دیرتر از سررسید مقرر پرداخت شوند، علاوه بر کارمزد وام، ۲ درصد جریمه تأخیر تعلق می گیرد.

۱۰. به اقساط وامی که قبل از سررسید پرداخت شوند، نسبت به مدت مازاد بر ۱۵ روز، کارمزد روزانه تعجیل، تعلق گرفته و نرخ موثر آن سالانه ۱۸ درصد می باشد.

۱۱. چنانچه اقساط وام و حق بیمه، بیمه نامه پرداخت نشوند و میزان بدهی، بیمه گذار بابت اصل وام و کارمزد متعلق به آن معادل و یا بیش از اندوخته شود بیمه نامه فسخ خواهد شد.

۱۲*. چنانچه از آخرین سررسید اقساط وام سه ماه سپری گردد، اصل وام، کارمزد و جرائم تأخیر متعلق به آن از ارزش باخرید بیمه نامه کسر می شوند و پس از کسر، از ارزش باخرید

پرداخت اقساط وام و برگشت اندوخته به حالت اولیه امکان پذیر نمی باشد. (در صورت پرداخت اقساط وام پس از مهلت مقرر، مبلغ پرداختی به بیمه گذار عودت می گردد).

● بدین وسیله گواهی می شود اینجانب خانم/آقای.....دارنده بیمه نامه عمر و تأمین آتیه، با دقت و صحت اطلاعات مندرج در فرم

را مطالعه و با اطلاع از شرایط وام موافقت خود را با تمامی مفاد آن اعلام می نماید.

❁ نام و نام خانوادگی ، امضاء و اثر انگشت بسمه گذار :

*** تاريخ :**

[illegible]

و کد ملی بیمه شده بیمه نامه مذکور.....، متقاضی دریافت وام با اطلاع و آگاهی از شرایط و مقررات به شرح فوق می باشم و هم چنین تعهد می نمایم که وام دریافت شده را طی

مدت و نحوه بازپرداخت اعلام شده تسویه نمائیم.

✓ مدت بازی پرداخت وام : ۶ ماه

✓ مدت بازپرداخت وام: ۶ ماه ۱۲ ماه ۱۸ ماه ۲۴ ماه ۳۰ ماه ۳۶ ماه ۴۲ ماه ۴۸ ماه ۵۴ ماه ۶۰ ماه

✓ نحوه بازپرداخت وام: ماهانه ☐ سه ماهه ☐ شش ماهه ☐ سالانه ☐ یکجا ☐

شماره شا متعلق به سیمه گذار:

[illegible]

❖ ارائه رونوشت کارت ملی، بیمه گذار و برگ چاپ شده شماره شبای بانکی الزامی است.

❖ چنانچه متقاضی دریافت وام، کمتر از میزان مبلغ اعلام شده سیستم نرم افزاری عمر و تأمین آتیه می باشد، مبلغ مورد نظر ادا کادر درج نماید:..... (ریال)

شماره تلفن ثابت: شماره تلفن همراه:

✳ نام و نام خانوادگی ، امضاء و اثر انگشت بیمه گذار:

*** تاریخ:**

*** نام و نام خانوادگی، کد، مهر و امضاء نماینده الزامی است :**

*** تاریخ:**

❁ مهرو امضاء کارشناس شعبه :

❁ تاریخ :

این قسمت توسط نماینده تکمیل شود:

.....انجناب خانم / آقاینماینده عمومی / مدیر ارشد / مدیر آموزش / مدیر فروش / نماینده فروش / کارگزار رسمی / کد.....اعلام

منی نمایم پس از رویت بیمه گذار بیمه نامه عمر و تأمین آتیه شماره...../...../...../...../...../.....، مدارک درخواست وام شامل: ✓ فرم درخواست وام بیمه نامه عمر و تأمین آتیه ✓ رونوشت کارت ملی

✓ بیمه گذار برگ چاپ شده شماره بانکی متعلق به بیمه گذار را از وی دریافت و به همراه ✓ نامه (حاوی شماره ، تاریخ ، مهر و امضاء نمایندگی) به واحد صدور /شعبه تحویل می نمایم .

* مراتب تأیید و احراز هویت بیمه گذار، متقاضی، ائمه و کلیه مسئولیت های تکمیل فرم به عهده اینجانب می باشد. * نام و نام خانوادگی، کد / مهر / امضاء نماینده :