

شرکت محترم بیمه پاسارگاد

با احترام

* تاریخ درخواست:/...../.....

خواهشمند است نسبت به باز خرید 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 و با توجه به مدارک ذیل اقدام فرمائید.

- ۱- اصل بیمه نامه ۲- الحاقیه های صادره ۳- قبوض/برگه های پرداختی حق بیمه (تعداد.....برگ) ۴- قبوض/برگه های پرداختی وام (تعداد.....برگ)
- ۵ - رونوشت کارت ملی بیمه گذار
- ۶- 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 یافت 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:

شماره شبا اعلامی حتماً باید به نام بیمه گذار به صورت چاپ شده از طرف بانک باشد. در غیر این صورت عواقب بعدی بر عهده بیمه گذار می باشد.

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.

در صورت فوت بیمه گذار طبق گواهی حصر وراثت، درخواست ورثه پذیرش می گردد. در صورت حضور وکیل ارائه وکالت نامه رسمی الزامی است و در متن وکالت نامه نام شرکت بیمه پاسارگاد، اعطای اختیار کلیه امور مربوط به شماره بیمه نامه عمر و تأمین آتیه و دریافت وجه باز خرید توسط وکیل قید شود.

بیمه گذار محترم لطفاً دلیل باز خرید بیمه نامه خود را انتخاب و در صورت تمایل توضیح ذکر نمایید:

عدم رضایت از نماینده وضعیت اقتصادی مهاجرت سایر موارد

شماره تلفن همراه:

مشاوره در انتخاب

۱. اینجانب تمایل به باز خرید بیمه نامه همراه با دریافت سود مشارکت در منافع سال جاری و تسویه حساب را دارم. (دریافت مشارکت در منافع سال جاری با نرخ توافقی)

۲. اینجانب تمایل به باز خرید بیمه نامه بدون دریافت سود مشارکت در منافع طی دوره را دارم. (دریافت مشارکت در منافع سال جاری به پایان سال مالی و مشخص شدن نرخ بازده قطعی موکول می شود)

* نام و امضاء بیمه گذار:
 * نام و امضاء نماینده عمومی / نماینده فروش:
 * تاریخ:
 * مهر و امضاء شعبه:
 * 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 باز خرید به این واحد تحویل شد.

❖ درخواست باز خرید مورخ ثبت و مبلغ (ریال) به شماره شبا بیمه گذار واریز می گردد.

نام و امضاء دریافت کننده:
 تاریخ:

متقاضی محترم پس از یک هفته کاری جهت پیگیری واریز وجه با شماره داخلی تماس حاصل فرمائید.