



Sarmad Insurance

فرم درخواست منافع حیات بیمه شده

شماره:	تاریخ:
موضوع درخواست	
<input type="checkbox"/> درخواست از پیشنهاد بیمه عمر و سرمایه گذاری قبل از صدور (بازپرداخت پیش دریافتی) با ذکر علت: <input type="checkbox"/> ابطال بیمه نامه در ماه اول با ذکر علت: <input type="checkbox"/> بازخرید بیمه نامه پس از شش ماه از صدور بیمه نامه به شرط وصول حق بیمه با ذکر علت: <input type="checkbox"/> وام از پایان سال اول تا ۹۰ درصد اندوخته <input type="checkbox"/> برداشت از محل اندوخته <input type="checkbox"/> رفع تعلیق <input type="checkbox"/> صدور المثنی	
مشخصات بیمه گذار متقاضی	
--/--/---/--/---	شماره بیمه نامه:
	شماره پیشنهاد:
	نام و نام خانوادگی بیمه گذار:
	نام و نام خانوادگی بیمه شده:
	شماره حساب و نام بیمه گذار یا ذینفع:
محل امضای بیمه گذار/ذینفع:	
مدارک مورد نیاز مربوط به هر درخواست	
۱- بازپرداخت پیش دریافتی: الف- کپی/ اصل سند یا رسید مبلغی که به عنوان پیش پرداخت به بیمه گر پرداخت شده است. علت: تاریخ و امضا:	۲- بازخرید یا ابطال بیمه نامه: الف- اصل بیمه نامه و اوراق الحاقی آن ب- آخرین گزارش سالیانه ج- سررسید مبلغ/ مبلغی که پس از سررسید بیمه نامه به بیمه گر پرداخت شده است علت: تاریخ و امضا:



Sarmad Insurance

فرم درخواست منافع حیات بیمه شده

۳- درخواست وام:

الف- تکمیل متن ذیل و امضا آن:

اینجانب..... بیمه گذار/ذینفع در صورت حیات بیمه نامه شماره ----/--/--/----/--/--/---- خواستار برداشت - درصد از محل اندوخته خود به عنوان وام می‌باشم، همچنین تاکید می‌نمایم:

الف- اندوخته بیمه نامه مذکور به عنوان وثیقه نزد شرکت بیمه سرمد تا تسویه کامل وام طبق شرایط عمومی بیمه نامه باقی می‌ماند و در صورت عدم تسویه به موقع وام، شرکت حق برداشت وام خود، از محل اندوخته بیمه نامه اینجانب را دارد.

ب- حق برداشت از اندوخته بیمه نامه مذکور را تا زمان تسویه کامل وام نخواهم داشت.

تاریخ و امضا بیمه گذار: تاریخ و امضا ذینفع:

نکته: در صورتیکه بیمه گذار و ذینفع حیات بیمه نامه متفاوت باشد، کپی کارت ملی یا شناسنامه بیمه گذار الزامی است.

۴- برداشت وجه از محل اندوخته:

تکمیل متن ذیل و امضا آن:

اینجانب..... بیمه گذار/ذینفع در صورت حیات بیمه نامه شماره ----/--/--/----/--/--/---- خواستار برداشت - درصد از محل اندوخته خود می‌باشم.

تاریخ و امضا بیمه گذار: تاریخ و امضا ذینفع:

نکته: در صورتیکه بیمه گذار و ذینفع حیات بیمه نامه متفاوت باشد، کپی کارت ملی یا شناسنامه بیمه گذار الزامی است.

۵- رفع تعلیق بیمه نامه:

اینجانب..... بیمه گذار بیمه نامه شماره ----/--/--/----/--/--/---- خواستار رفع تعلیق بیمه نامه خود بوده و همچنین تعهد می‌نمایم در زمانیکه بیمه نامه اینجانب در حالت تعلیق بوده، هیچ گونه خسارتی نداشته و بعداً نیز ادعایی نسبت به آن نخواهد داشت و در صورت اثبات عدم حسن نیا بیمه گذار بعد از رفع تعلیق بیمه نامه، بیمه گر حق فسخ بیمه را خواهد داشت. شرکت بیمه سرمد مختار خواهد بود تمامی هزینه های بیمه ای خود در این مدت را از اینجانب کسر نماید.

تاریخ و امضا:

۶- صدور المثنی بیمه نامه:

اینجانب..... بیمه گذار/ذینفع در صورت حیات بیمه نامه شماره ----/--/--/----/--/--/---- خواستار صدور المثنی بیمه نامه به دلیل مفقود شدن اصل بیمه نامه می‌باشم.

تاریخ و امضا: