شماره شناسایی سند: P131F022 شماره بازنگری: 00 تاریخ: شماره رهگیری:

فرم درخواست برگشت مبلغ پیشپرداخت بیمهنامه عمرانفرادی



خواهشمند است به کلیه موارد مندرج در این فرم با دقت و به صورت خوانا پاسخ دهید.

. یا روز سربی را یا ۱۳ / ۱۳ شماره پیشنهاد: تاریخ ایجاد: / ۱۳ / ۱۳	ىرى:	کد رهگ
نام: نام خانوادگی : نام پدر: کد ملی : شماره شناسنامه: تاریخ تولد: / / ۱۳ تلفن ثابت : تلفن همراه: نسبت با بیمهشده:	بيمهگذار	
نام: نام خانوادگی : نام پدر: کد ملی : شماره شناسنامه: تاریخ تولد: / ۱۳ تلفن ثابت : تلفن همراه:	بيمەشدە	اين قسم
خواهشمند است مبلغ پیش پرداخت به شماره حساب بانکی به شماره شـِبا ال	اطلاعات بانكى	ين قسمت توسط بيمه گذار تكميل مي گردد
* مسئولیت هر گونه اشتباه در اعلام شماره حساب، نام صاحب حساب و سایر مشخصات حساب بانکی جهت واریز مبلغ فوق الذکر، متوجه بیمه گذار خواهد بود. بدینوسیله گواهی می گردد اینجانب (بیمه گذار) اطلاعات مندرج در فرم را با صحت و دقت کامل تکمیل نمودهام و بعد از استماع توضیحات تکمیلی نماینده، درخواست خود را مبنی بر برگشت مبلغ پیش پرداخت اعلام می دارم. نام و نام خانوادگی، تاریخ و امضاء بیمه گذار	گواهی بیمه گذار	گردد
ت مجتمع بیمهای ا شعبه ا ۱CD / تمایندگی کد: " منتفی از طرف بیمهگر تمنتفی از طرف بیمهگذار تمتفی به علت عدم انجام آزمایش تایر	تائید درخواست و احراز هویت بیمهگذار	(مجتمع بيمهاي ،شعبه،CD نمايندگي)
تذکر ۱: مسئولیت هرگونه تبعات حقوقی ناشی از سوء استفادههای احتمالی از مندرجات فرم مزبور به عهده تائید کننده درخواست خواهد بود. تذکر ۲: شرط اصلی بررسی فرم مزبور، تکمیل کامل فرم و ارائه مدارک لازم مطابق با آخرین مجموعه بخشنامههای مدیریت عمر انفرادی میباشد. تذکر ۳: ارائه شماره حساب بانک پارسیان موجب تسریع در روند انجام امور خواهد بود.	تذكرات	
تاریخ دریافت درخواست: نتیجه بررسی: 1 تایید 1 رد توضیحات: نتیجه بررسی: 1 تایید 1 رد توضیحات: نتیجه بررسی: 1 تایند ا رد توضیحات: نام و نام خانوادگی، تاریخ، مهر و امضاء بررسی کننده	اداره صدور بيمههاى	عمر انفرادي