

تاریخ:

مشخصات بیمه گذار متقاضی

شماره بیمه‌نامه:
 نام و نام خانوادگی بیمه‌گذار:
 نام و نام خانوادگی بیمه‌شده:
 نام بانک:
 شماره شبا:
 آدرس بیمه‌گذار:
 کد ملی / کد اقتصادی بیمه‌گذار:
 کد ملی / کد اقتصادی بیمه‌شده:
 شماره حساب بیمه‌گذار یا ذینفع / قییم قانونی:
 شماره تماس:
 کد ملی / کد اقتصادی ذینفع / ذینفعان / قییم قانونی:

در صورتی که درخواست دهنده موکل بیمه‌گذار باشد، ارائه وکالت‌نامه محضری الزامی است.

موضوع درخواست (لطفاً بسته بر اساس درخواست، یکی از آیتم‌های زیر انتخاب گردد)

برگشت بیمه‌نامه به حالت جاری (رفع ابطال / رفع تعلیق / رفع پایان پوشش)

صدور المثنی

نام، امضاء

نام، امضاء

دریافت خدمات مربوط به صدور:

دریافت هزینه آزمایش برگشت از انصراف انصراف از پیشنهاد بیمه عمر و تشکیل سرمایه قبل از صدور

بازپرداخت پیش دریافتی:

اینجانب..... بیمه‌گذار بیمه‌نامه شماره..... درخواست دریافت مبل..... ریال از پیش دریافتی خود را دارم. نام، امضاء

* درخواست وام:

اینجانب..... بیمه‌گذار بیمه‌نامه شماره..... درخواست برداشت..... درصد از اندوخته قابل برداشت خود به عنوان وام را دارم.

نحوه بازپرداخت مبلغ وام: طی دو قسط ۶ ماهه طی چهار قسط ۶ ماهه (صرفاً در صورتی که مبلغ وام دریافتی بیشتر از ۱۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال باشد امکان پذیر می‌باشد)

همچنین تأیید می‌نمایم: الف- اندوخته بیمه‌نامه مذکور، به عنوان وثیقه نزد شرکت بیمه سامان تا تسویه کامل وام، طبق شرایط عمومی بیمه‌نامه باقی می‌ماند. ب- حق برداشت از بیمه‌نامه مذکور را تا زمان تسویه کامل وام نخواهم داشت. ج- در صورت عدم بازپرداخت اقساط در مهلت مقرر، بیمه‌گر حق و اختیار خواهد داشت در صورت نیاز رأساً نسبت به برداشت اقساط به انضمام سود مدت دیرکرد از اندوخته اینجانب اقدام نماید.

* برداشت وجه از محل اندوخته:

اینجانب..... بیمه‌گذار بیمه‌نامه شماره..... درخواست برداشت از محل اندوخته خود را در تاریخ..... به منظور تسویه تعداد..... قسط از اقساط وام

بیمه‌نامه به اضافه هزینه سود تعلق گرفته بابت دیرکرد پرداخت قسط مربوطه (در صورت وجود)

تسویه بدهی حق بیمه به مبلغ..... ریال (مبلغ برداشت شده به منظور تسویه اقساط وام / تسویه بدهی حق بیمه به حساب بیمه سامان واریز می‌گردد).

سایر موارد به میزان..... ریال، دارم.

- در صورتی که ذینفع حیات به سن قانونی نرسیده باشد، مبلغ به حساب قییم قانونی وی واریز می‌گردد. (در صورتی که مادر قییم قانونی ذینفع باشد، ارائه قییم‌نامه رسمی و محضری الزامی است) نام، امضاء

باز خرید / ابطال / پایان دوره بیمه‌نامه

اینجانب..... بیمه‌گذار بیمه‌نامه شماره..... با اطلاع از شرایط و مبلغ باز خریدی، متقاضی باز خرید / ابطال / پایان دوره بیمه‌نامه از تاریخ..... و واریز مبلغ

آن به شماره حساب اعلام شده می‌باشد.

در صورت مفقود شدن اصل بیمه‌نامه، این قسمت تکمیل گردد: اینجانب..... با توجه به مفقود نمودن اصل بیمه‌نامه خود، متعهد می‌گردم در صورت وقوع هرگونه سواستفاده احتمالی از بیمه‌نامه

شماره..... توسط اشخاص حقیقی / حقوقی، کلیه ضرر و زیان وارده به بیمه‌سامان را جبران نمایم و همچنین اذعان می‌دارم پس از انجام مراحل باز خرید بیمه‌نامه هیچ‌گونه ادعایی نسبت به

بیمه‌نامه مذکور نخواهم داشت. بیمه‌نامه به صورت آنلاین (برخط) صادر شده است. لذا نیازی به ارائه بیمه‌نامه و ملحقات آن نیست.

- در صورتی که ذینفع حیات به سن قانونی نرسیده باشد، مبلغ به حساب قییم قانونی وی واریز می‌گردد. (در صورتی که مادر قییم قانونی ذینفع باشد، ارائه قییم‌نامه رسمی و محضری الزامی است) نام، امضاء

کارت اعتباری:

اینجانب..... بیمه‌گذار بیمه‌نامه شماره..... با اطلاع کامل از شرایط و مبلغ کارت اعتباری درخواست دریافت یک عدد کارت اعتباری را به میزان.....

ریال دارم و متعهد می‌شوم در سررسیدهای مشخص شده نسبت به تسویه آن اقدام نمایم. همچنین اعلام میدارم بیمه‌سامان این حق و اختیار را دارد تا در صورت عدم تسویه اقساط در زمان‌های مشخص شده

راساً نسبت به برداشت از اندوخته اینجانب اقدام نماید. نام، تاریخ، امضاء

دریافت مستمری مدت معین:

اینجانب..... بیمه‌گذار بیمه‌نامه شماره..... درخواست دریافت مستمری به مدت..... سال و با روش پرداخت مستمری..... از بیمه‌نامه خود را دارم. نام، امضاء

غیر فعال سازی اعلامیه بدهکار باز:

اینجانب..... به کد ملی..... و شماره بیمه‌گذار..... ، درخواست دارم کلیه اقساط باز بیمه‌نامه شماره..... را غیرفعال نموده و بیمه‌نامه

را برای سال..... تمدید نمایم.

تأییدیه صحت امضا:

اینجانب..... به نمایندگی / کارگزاری کد..... تأیید می‌نمایم امضاء منتسب به بیمه‌گذار / بیمه‌شده / ذینفع / قییم قانونی مندرج در این فرم توسط شخص ایشان انجام شده است.

نام، تاریخ، امضاء

* لازم به ذکر است، بیمه‌گذاران محترم صرفاً می‌توانند یکی از خدمات درخواست وام، برداشت از اندوخته و دریافت منافع بیمه‌نامه را به صورت هم‌زمان استفاده نمایند و در زمان درخواست یکی از این خدمات می‌بایست به این نکته دقت نمایند که سایر سرویس‌های دیگر در صورت وجود لغو و بدهی مربوطه (در صورت وجود) از مبلغ قابل پرداخت درخواست جدید کسر خواهد گردید.

بر اساس نوع درخواست، کلیه مدارک مورد نیاز از بیمه‌گذار / ذینفع دریافت گردید.

تاریخ:

نوع درخواست:

شماره بیمه‌نامه (در صورت وجود):

شماره فرم درخواست:

شماره داخلی:

شماره تماس:

نام و امضاء تحویل گیرنده: