

تاریخ:

مشخصات بیمه گذار متقاضی

شماره بیمه نامه:
 نام و نام خانوادگی بیمه گذار:
 نام و نام خانوادگی بیمه شده:
 نام بانک:
 شماره شبا:
 آدرس بیمه گذار:

* در صورت تیکه درخواست دهنده موکل بیمه گذار باشد، ارائه وکالت نامه محضری الزامی است.

موضوع درخواست (لطفاً بسته به نوع درخواست، یکی از آیتم های زیر انتخاب گردد)

<input type="checkbox"/> برگشت بیمه نامه به حالت جاری (رفع ابطال / رفع تعلیق / رفع پایان پوشش)	<input type="checkbox"/> صدور المثنی
نام، امضاء	نام، امضاء
دریافت خدمات مربوط به صدور:	دریافت منافع بیمه* (<input type="checkbox"/> فوت <input type="checkbox"/> پوشش هزینه بیماری های خاص
<input type="checkbox"/> دریافت هزینه آزمایش <input type="checkbox"/> برگشت از انصراف	<input type="checkbox"/> پوشش معافیت <input type="checkbox"/> پوشش از کارافتادگی حادثی <input type="checkbox"/> پوشش درآمد از کارافتادگی
<input type="checkbox"/> انصراف از پیشنهاد بیمه عمر و تشکیل سرمایه قبل از صدور	<input type="checkbox"/> پوشش هزینه های پزشکی ناشی از حادثه
نام، امضاء	نام، امضاء

بازپرداخت پیش دریافتی:

اینجانب بیمه گذار بیمه نامه شماره درخواست دریافت مبلغ ریال از پیش دریافتی خود را دارم.

نام، امضاء

درخواست وام*:

اینجانب بیمه گذار بیمه نامه 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 صورت تیکه مبلغ وام دریافتی بیشتر از ۱۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال باشد امکان پذیر می باشد)
 همچنین تأیید می نمایم الف- اندوخته بیمه نامه مذکور، به عنوان وثیقه نزد شرکت بیمه سامان تا تسویه کامل وام، طبق شرایط عمومی بیمه نامه باقی می ماند.
 ب- حق برداشت از بیمه نامه مذکور را تا زمان تسویه کامل وام نخواهم داشت. ج- در صورت عدم بازپرداخت اقساط در مهلت مقرر، بیمه گر حق و اختیار خواهد داشت در صورت نیاز راساً نسبت به برداشت اقساط به انضمام سود مدت دیرکرد از اندوخته اینجانب اقدام نماید.

نام، امضاء

برداشت وجه از محل اندوخته*:

اینجانب بیمه گذار بیمه نامه شماره درخواست برداشت از محل اندوخته خود را در تاریخ به منظور تسویه تعداد قسط از اقساط وام بیمه نامه 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 می گردد). سایر موارد به میزان ریال، دارم.

*در صورتی که ذینفع حیات به سن قانونی نرسیده باشد، مبلغ به حساب قیوم قانونی وی واریز می گردد. (در صورتی که مادر قیوم قانونی ذینفع باشد، ارائه قیوم نامه رسمی و محضری الزامی است)

نام، امضاء

بازخرید / ابطال / پایان دوره بیمه نامه

اینجانب بیمه گذار بیمه نامه شماره با اطلاع از شرایط و مبلغ بازخریدی، متقاضی بازخرید / ابطال / پایان دوره بیمه نامه از تاریخ و واریز مبلغ آن به شماره حساب اعلام شده می باشم.
 در صورت مفقود شدن اصل بیمه نامه، این قسمت تکمیل گردد: اینجانب با توجه به مفقود نمودن اصل بیمه نامه خود، متعهد میگردم در صورت وقوع هرگونه سواستفاده احتمالی از بیمه نامه شماره توسط اشخاص حقیقی / حقوقی، کلیه ضرر و زیان وارده به بیمه سامان را جبران نمایم و همچنین اذعان می دارم پس از انجام مراحل بازخرید بیمه نامه هیچ گونه ادعائی نسبت به بیمه نامه مذکور نخواهم داشت.

*در صورت تیکه ذینفع حیات به سن قانونی نرسیده باشد، مبلغ به حساب قیوم قانونی وی واریز می گردد. (در صورت تیکه مادر قیوم قانونی ذینفع باشد، ارائه قیوم نامه رسمی و محضری الزامی است)

نام، امضاء

دریافت مستمری مدت معین:

اینجانب بیمه گذار بیمه نامه شماره درخواست دریافت مستمری به مدت سال و با روش پرداخت مستمری از بیمه نامه خود را دارم.

نام، امضاء

غیرفعال سازی اعلامیه بدهکار باز:

اینجانب به کد ملی و شماره بیمه گذار ، درخواست دارم کلیه اقساط باز بیمه نامه شماره را غیر فعال نموده و بیمه نامه را برای سال بیمه ای، تمدید نمایم.

نام، تاریخ، امضاء

تأییدیه صحت امضاء:

اینجانب نمایندگی / کارگزاری کد تأیید می نمایم امضاء منتسب به بیمه گذار / بیمه شده / ذینفع / قیوم قانونی مندرج در این فرم توسط شخص ایشان انجام شده است.

نام، تاریخ، امضاء

* لازم به ذکر است، بیمه گذاران محترم صرفاً می توانند از یکی از خدمات برداشت از اندوخته، وام و دریافت منافع بیمه به صورت همزمان استفاده نمایند و در زمان درخواست یکی از این خدمات می بایست به این نکته دقت نمایند که سایر سرویس های 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 بیمه گذار / ذینفع دریافت گردید.	تاریخ:
شماره فرم درخواست:	نوع درخواست:
شماره تماس:	نام / امضاء تحویل گیرنده:
شماره داخلی:	