

شماره :

تاریخ :



فرم تأیید الحاقیه برگشتی

شرکت بیمه سامان - شعبه مرکزی تهران کد ۵۰۰۰۰۰

با سلام و احترام؛

اینجانب..... با کد بیمه گذار..... کد ملی..... دارای بیمه نامه..... رشته..... به شماره
به تاریخ صدور..... درخواست فسخ ☐ ابطال ☐ سایر ☐ بیمه نامه مذکور را به علت از آن شرکت خواستارم.
خواهشمند است مبلغ حق بیمه برگشتی را به شماره حساب ☐ کارت ☐ و یا شماره شبا
بانک بنام (صاحب حساب) واریز فرمایند. شایان ذکر است اصل بیمه نامه نیز تحویل واحد صدور کد گردیده است.

نام و امضاء بیمه گذار - تاریخ

شماره تلفن همراه :

کارشناس محترم شعبه مرکزی تهران:

اطلاعات اعلام شده توسط بیمه گذار مورد تأیید می باشد ☐ نمی باشد ☐

اصل بیمه نامه و الحاقیه صادره بپیوست ارسال می گردد . کد رایانه بیمه نامه کد رایانه الحاقیه

نام و امضاء نماینده

مهر نماینده

ریاست محترم شعبه مرکزی تهران:

باتوجه به رویت و دریافت اصل بیمه نامه و تأیید مدارک و مستندات بیمه نامه به شماره با کد رایانه

فسخ کوتاه مدت ☐ فسخ روز شمار ☐ ابطال ☐ سایر ☐ بیمه نامه دارای بدهی معوق می باشد ☐ نمی باشد ☐

مورد تایید می باشد ☐

مورد تایید نمی باشد ☐

توضیحات :

نام و امضاء کارشناس / تاریخ دریافت فرم

واحد محترم امور مالی شعبه مرکزی تهران:

مراتب مورد تایید و الحاقیه برگشتی قابل پرداخت می باشد ☐ مورد تایید نمی باشد ☐

توضیحات :

نام و امضاء رئیس شعبه