

LIF024

کد سند :

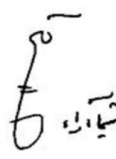
شماره تجدید نظر: 13

شرکت بیمه سامان
فرم درخواست خدمات بیمه گری توسط بیمه گزاران عمر و تشکیل سرمایه



جهت ضمیمه :

شماره صفحه	شماره تجدید نظر	تاریخ	شرح تغییرات
کلیه صفحات	08	1399/09/04	اصلاح بند درخواست وام، حذف بارخريد در سررسيد افساط مستمري، افزودن بند تاييديه صحت امضا و غير فعالساري اعلاميه بدهكار
کلیه صفحات	09	1399/11/20	حذف "واريز مبلغ به حساب قيم قانوني" از بخش وام
کلیه صفحات	10	1401/06/20	حذف "دريافت منافع بیمه" به دليل ايجاد فرم مجزا با عنوان درخواست خسارت عمر و تشكيل سرمايه lif120
کلیه صفحات	11	1402/07/26	افزودن گزينه "آنلاين بودن بیمه نامه و عدم نياز به ارائه مدارك بیمه نامه و ملحقات"
کلیه صفحات	12	1402/10/30	افزودن گزينه "کارت اعتباري"
کلیه صفحات	13	1403/07/23	حذف شرط واريز به حساب قيم قانوني

تهيه کننده/بازنگری کننده	تایید کننده	تصویب کننده
غزاله سادات فخارزاده	سینا رشوند	شیما آراء
فرزاد فروغي	هادی رئیس زاده	
		
1403/07/23	1403/07/24	1403/07/28

LIF024	 شرکت بیمه سامان فرم درخواست خدمات بیمه گری توسط بیمه گزاران عمر و تشکیل سرمایه
تجدید نظر: 13	
صفحه: ۱ از 1	

تاریخ:

مشخصات بیمه گزار متقاضی	
شماره بیمه نامه: نام و نام خانوادگی بیمه گزار: نام و نام خانوادگی بیمه شده: نام بانک: شماره شبا: آدرس بیمه گزار:	کد ملی / کد اقتصادی ذینفع / ذینفعان / قیم قانونی: کد ملی / کد اقتصادی بیمه گزار: کد ملی بیمه شده: شماره حساب بیمه گزار یا ذینفع / قیم قانونی: شماره تماس:
- در صورتی که درخواست دهنده موکل بیمه گزار باشد، ارائه وکالت نامه محضری الزامی است.	
موضوع درخواست (لطفاً با توجه به نوع درخواست، یکی از آیتم های زیر انتخاب گردد)	
☐ ۱- برگشت بیمه نامه به حالت جاری (رفع ابطال / رفع تعلیق / رفع پایان پوشش)	☐ ۲- صدور المثنی
نام، تاریخ، امضاء	
☐ ۳- دریافت خدمات مربوط به صدور:	
☐ دریافت هزینه آزمایش ☐ برگشت از انصراف ☐ انصراف از پیشنهاد بیمه عمر و تشکیل سرمایه قبل از صدور	
☐ ۴- بازپرداخت پیش دریافتی:	
اینجانب..... بیمه گزار بیمه نامه شماره درخواست دریافت مبلغ ریال از پیش دریافتی خود را دارم. نام، تاریخ، امضاء	
☐ ۵- در خواست وام:	
اینجانب..... بیمه گزار 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 صورتی که مبلغ وام دریافتی بیشتر از ۱۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال باشد امکان پذیر می باشد) همچنین تایید 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 رأساً نسبت به برداشت اقساط به انضمام سود مدت دیرکرد از اندوخته اینجانب اقدام نماید. نام، تاریخ، امضاء	
☐ ۶- برداشت وجه از محل اندوخته:	
اینجانب بیمه گزار 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). دارم. ☐ سایر موارد به میزان ریال، دارم. نام، تاریخ، امضاء	
☐ ۷- باز خرید / ابطال / پایان دوره بیمه نامه:	
اینجانب بیمه گزار بیمه نامه شماره با اطلاع از شرایط و مبلغ باز خریدی، متقاضی باز خرید / ابطال / پایان دوره بیمه نامه از تاریخ و واریز مبلغ آن به شماره حساب اعلام شده می باشم. ☐ بیمه نامه به صورت آنلاین (بر خط) صادر شده است. لذا نیازی به ارائه بیمه نامه و ملحقات آن نیست. ☐ در صورت مفقود شدن اصل بیمه نامه، این قسمت تکمیل گردد: اینجانب با توجه به مفقود نمودن اصل بیمه نامه خود، متعهد می گردم در صورت وقوع هرگونه سوءاستفاده 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 باز خرید بیمه نامه هیچ گونه ادعایی نسبت به بیمه نامه مذکور نخواهم داشت. -در صورتی که ذینفع حیات به سن قانونی نرسیده باشد، مبلغ به حساب قیم قانونی وی واریز می گردد. (در صورتی که مادر قیم قانونی ذینفع باشد، ارائه قیم نامه رسمی و محضری الزامی است) نام، تاریخ، امضاء	
☐ ۸- کارت اعتباری:	
اینجانب بیمه گزار بیمه نامه شماره با اطلاع کامل از شرایط و مبلغ کارت اعتباری در خواست دریافت یک عدد کارت اعتباری به میزان ریال دارم و متعهد می شوم در سررسیدهای مشخص شده نسبت به تسویه آن اقدام نمایم. همچنین اعلام می دارم بیمه سامان این حق و اختیار را دارد تا در صورت عدم تسویه اقساط در زمان های مشخص شده رأساً نسبت به برداشت از اندوخته اینجانب اقدام نماید. نام، تاریخ، امضاء	
☐ ۹- دریافت مستمری مدت معین:	
اینجانب بیمه گزار بیمه نامه شماره در خواست دریافت مستمری به مدت سال و با روش پرداخت مستمری از بیمه نامه خود را دارم. نام، تاریخ، امضاء	
☐ ۱۰- غیر فعال سازی اعلامیه بدهکار باز:	
اینجانب..... به کدملی و شماره بیمه گزار درخواست دارم کلیه اقساط باز بیمه نامه شماره را غیر فعال نموده و بیمه نامه را برای سال بیمه ای. تمدید نمایید. نام، تاریخ، امضاء	
☐ ۱۱- تاییدیه صحت امضا:	
اینجانب به نمایندگی / کارگزاری کد تایید می نمایم امضاء منتسب به بیمه گزار / بیمه شده / ذینفع / قیم قانونی مندرج در این فرم توسط شخص ایشان انجام شده است. نام، تاریخ، امضاء	

* لازم به ذکر است، بیمه گزاران محترم صرفاً می توانند یکی از خدمات درخواست وام، برداشت از اندوخته، کارت اعتباری و دریافت منافع بیمه نامه را 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 گزار / ذینفع دریافت گردید.	تاریخ:
شماره فرم درخواست:	شماره بیمه نامه (در صورت وجود):
شماره تماس:	شماره داخلی:
نام، تاریخ، امضاء تحویل گیرنده:	