بیمه پاسارگاد

فرم پرداخت سرمایه حیات بیمه نامه عمروتأمین آتیه

شرکت محترم بیمه پاسارگاد

*تاریخ درخواست:...../...../.....

با احترام

خواهشمند است نسبت به پرداخت سرمایه حیات بیمه نامه عمروتأمین آتیه شماره...../...../...../...../...../..... صادره در تاریخ ...../...../..... اینجانب خانم/آقای..... **استفاده کننده از سرمایه حیات** بیمه نامه فوق با کدملی..... وکدملی بیمه شده.....

با توجه به مدارک ذیل اقدام فرمائید.

۱- اصل بیمه نامه ☐ ۲- الحاقیه های صادره ☐ ۳- قبوض/ برگه های پرداختی حق بیمه(تعداد.....برگ) ☐ ۴- قبوض/ برگه های پرداختی وام (تعداد.....برگ) ☐

۵- رونوشت کارت ملی استفاده کننده از سرمایه حیات ☐

۶- شماره شبا متعلق به استفاده کننده از سرمایه حیات:

IR																										نام بانک.....

استفاده کننده محترم از سرمایه حیات ، در صورت مفقود شدن مدارک بیمه نامه متن ذیل را تائید نمایید.

اینجانب .....استفاده کننده از سرمایه حیات بیمه نامه عمروتأمین آتیه: اصل بیمه نامه ☐ الحاقیه ☐ قبوض پرداختی ☐ را مفقود نموده و متعهد می گردم در صورت یافت شدن ، مدارک فوق را به نزدیکترین مرکز یا شعب شرکت بیمه پاسارگاد تحویل نموده و نسبت به آن ها هیچ گونه ادعایی ندارم.

* **نام ونام خانوادگی ، امضاء ، اثر انگشت استفاده کننده از سرمایه حیات:**

* **تاریخ:**

- شماره شبا اعلامی حتماً به نام استفاده کننده از سرمایه حیات به صورت چاپ شده و از طرف بانک باشد،در غیر این صورت عواقب بعدی بر عهده ایشان می باشد.
- نوشتن شماره تماس الزامی می باشد.شماره تماس اعلامی به عنوان شماره اصلی استفاده کننده از سرمایه حیات در سیستم ثبت خواهد شد.
- در صورت فوت استفاده کننده از سرمایه حیات بیمه نامه ، طبق گواهی حصر وراثت،درخواست ورثه پذیرش می گردد.درصورت حضور وکیل ارائه وکالت نامه رسمی الزامی است،درمتن وکالت نامه نام شرکت بیمه پاسارگاد،اعطای اختیار کلیه امور مربوط به شماره بیمه نامه عمروتأمین آتیه مذکور و دریافت وجه حاصله توسط وکیل قید شود.

شماره تلفن همراه: .....

*: نام ونام خانوادگی ، امضاء ، اثر انگشت استفاده کننده از سرمایه حیات	*نام و امضاء نماینده عمومی /نماینده فروش:	*مهروامضاء شعبه :
*تاریخ:	*تاریخ:	*تاریخ:

در صورت درخواست ، از این قسمت بریده شده و به عنوان رسید دریافت مدارک به متقاضی تحویل شود.

***بدین وسیله تائید می شود بیمه نامه عمروتأمین آتیه شماره...../...../...../...../..... به نام استفاده کننده از سرمایه حیات خانم/آقای .....**

جهت انجام امور پرداخت سرمایه حیات به این واحد تحویل شد.

❖ **درخواست پرداخت سرمایه حیات مورخ .....ثبت و مبلغ .....(ریال) به شماره شبا استفاده کننده از سرمایه حیات واریز می گردد.**

نام وامضاء دریافت کننده:.....

تاریخ:

فرم: ۱۶/۲/۸/۱/۱

متقاضی محترم پس از یک هفته کاری جهت پیگیری واریز وجه با شماره .....داخلی.....تماس حاصل فرمائید.