

### درخواست ابطال بیمه عمر سینابان

مشخصات بیمه نامه	بیمه گذار:		بیمه شده:	
	شماره بیمه نامه:		روش پرداخت حق بیمه :	
	تاریخ شروع بیمه نامه:		مدت بیمه نامه	
	تاریخ آخرین سررسید:		تاریخ آخرین وصول :	

احتراماً

اینجانب..... با کد ملی ..... بیمه گذار بیمه نامه فوق به علت.....

درخواست می نمایم با ابطال بیمه نامه اینجانب موافقت نمائید.

توجه: در صورتی که سن بیمه شده کمتر از ۱۸ سال باشد امضای فرم توسط ولی یا قیم قانونی ایشان الزامی است.

امضاء کارشناس صدور

امضاء بیمه شده

امضاء بیمه گذار