

درخواست بازخرید بیمه عمر سینابان

توجه: مبلغ بازخرید به ذینفع حیات بیمه نامه تعلق دارد لذا اطلاعات حساب ایشان در جدول ذیل درج گردد. در صورتی که ذینفع حیات بیمه شده باشد و سن ایشان کمتر از ۱۸ سال باشد و دارای شماره حساب نزد بانک نباشد اطلاعات حساب ولی یا قیم قانونی ایشان در جدول ذیل درج گردد.

احتراماً،			
اینجانب بیمه گذار بیمه نامه عمر به شماره با کد ملی خواستار بازخرید بیمه نامه خود به علت می باشم. خواهشمند است ترتیبی اتخاذ فرمائید تا طبق مقررات، مبلغ بازخرید بیمه نامه مذکور به شماره حساب با مشخصات ذیل واریز گردد.			
شماره حساب	کد شعبه	نام بانک	نام دارنده حساب
نشانی:			
تلفن منزل:		تلفن همراه:	
تاریخ تکمیل فرم:		امضاء بیمه گذار:	

درخواست بیمه گذار

"جدول زیر توسط کارشناس صدور سینابان تکمیل گردد"

		واحد صدور سینابان
تاریخ شروع بیمه نامه:	تاریخ پایان بیمه نامه:	
شماره بیمه نامه:	تعداد اقساط حق بیمه پرداختی:	
آخرین سررسید وصول حق بیمه:	کل حق بیمه پرداختی: ریال	
مبلغ مانده وام قبلی: ریال	ذینفع حیات بیمه نامه :	

امضا کارشناس صدور