



بیمه پاسارگاد

فرم درخواست ابطال/بازخرید بیمه نامه عمر و تأمین آتیه

تاریخ درخواست:/...../.....

شرکت محترم بیمه پاسارگاد

با احترام؛

خواهشمند است نسبت به ابطال/بازخرید بیمه نامه عمر و تأمین آتیه شماره/...../.....

صادر در تاریخ اینجانب بیمه گذار بیمه نامه فوق با توجه به مدارک ذیل اقدام فرمائید.

۱- اصل بیمه نامه

۲- الحاقیه های صادره

۳- قبوض پرداختی بیمه نامه به تعداد برگ

بیمه گذار محترم ، لطفا در صورت مفقودی اصل برگه های بیمه نامه در این کادر توضیح دهید :

نام و امضاء بیمه گذار

۴- کپی کارت شناسائی بیمه گذار

۵- شماره حساب بانک پاسارگاد یا شماره حساب شبای سایر بانکها به نام بیمه گذار

شماره حساب بانک پاسارگاد به نام بیمه گذار

شماره حساب ۲۴ رقمی شبای سایر بانکها به نام بیمه گذار: (IR) نام بانک

☀ دریافت شماره حساب / شبای بیمه گذار به صورت مکتوب الزامی می باشد. (پیوست گردد)

☀ دقت شود که مسئولیت عدم درج صحیح شماره حساب به هر نحو بر عهده بیمه گذار بوده و شرکت بیمه پاسارگاد هیچ گونه مسئولیتی را در این مورد نمی پذیرد.

☀ از درج شماره حساب جهت واریز وجه بازخرید به جز محل تعیین شده جدا خودداری فرمایید . در غیر این صورت هیچ گونه ترتیب اثری داده نخواهد شد.

تلفن منزل: تلفن همراه:

تاریخ: تاریخ: تاریخ:

نام و امضای بیمه گذار: مهر و امضاء نماینده : مهر و امضای شعبه :