بیمه کارآفرین
(شرکت سهامی عام)

" فرم درخواست بازخرید بیمه نامه/برداشت از اندوخته"

احتراما،

اینجانب خانم / آقای ..... فرزند ..... به شماره ملی.....دارنده بیمه نامه عمر و سرمایه گذاری شماره..... متقاضی برداشت از اندوخته بیمه نامه به مبلغ ..... ریال / بازخرید بیمه نامه می باشم.

همچنین به اطلاع می رساند تا کنون از محل اندوخته بیمه نامه خود :

- ◯ وام و یا برداشت از اندوخته نداشته ام .
- ◯ معادل ..... ریال از اندوخته بیمه نامه براداشت نموده ام.
- ◯ معادل ..... ریال از اندوخته بیمه نامه وام دریافت و تعداد .....قسط پرداخت نموده ام.

امضاء بیمه گذار — تلفن ثابت : .....

تاریخ : ..... — تلفن همراه :.....

مشخصات استفاده کننده در صورت حیات بیمه شده (گیرنده چک) :

نام ونام خانوادگی [ ] **فرزند** [ ]

شماره شناسنامه [ ] **کد ملی** [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

محل تولد [ ] **محل صدور** [ ] **متولد** [ ]

شماره حساب [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

بانک [ ] شعبه [ ] کد شعبه [ ] شماره تلفن همراه.....

- ❖ درج شماره کارت بجای شماره حساب مورد قبول نمی باشد و به درخواست هایی که به جای شماره حساب، شماره کارت قید گردیده است،ترتیب اثر داده نخواهد شد.
- ❖ ارائه تصویر کارت ملی همراه این فرم الزامی است.
- ❖ به درخواست های ناقص ترتیب اثر داده نخواهد شد .

امضا

تاریخ.....