



## بیمه پاسارگاد

### فرم درخواست ابطال/باز خرید بیمه نامه عمر و تامین آتیه

شرکت محترم بیمه پاسارگاد  
با احترام؛

تاریخ درخواست: ...../...../.....

خواهشمند است نسبت به ابطال/باز خرید بیمه نامه عمر و تامین آتیه شماره...../...../.....

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

- ۱- اصل بیمه نامه
- ۲- پرسشنامه اولیه به همراه مدارک پزشکی
- ۳- الحاقیه های صادره
- ۴- 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

۵- کپی کارت شناسائی بیمه گذار

۶- 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 .....

☀ شماره حساب اعلامی حتماً باید به نام بیمه گذار از طرف بانک باشد. در غیر اینصورت عواقب بعدی بر عهده بیمه گذار می باشد.  
☀ نوشتن شماره تماس الزامی می باشد. شماره تماس اعلامی به عنوان شماره اصلی شما در سیستم ثبت خواهد شد. شماره تماس بیمه گذار اعلام شود.

☀ بیمه گذار محترم لطفاً دلیل باز خرید / ابطال بیمه نامه خود را ذکر نمایید.....

☀ شماره همراه : .....

مهر و امضاء شعبه:

مهر و امضاء نماینده :

نام و امضاء بیمه گذار:

از این قسمت بریده شده و به عنوان رسید تحویل بیمه نامه به بیمه گذار تحویل شود.

بدینوسیله تایید می شود بیمه نامه عمر و تامین آتیه شماره ..... به نام بیمه گذار آقا/ خانم ..... جهت باز خرید به این واحد تحویل شد.

بیمه گذار محترم پس از یک هفته کاری جهت پیگیری واریز وجه باز خرید بیمه نامه با شماره تماس ۸۲۴۸۹- داخلی ۲۴۱۱ تماس حاصل فرمائید.

باتشکر- اداره محاسبه پرداخت ها