



بیمه پاسارگاد

فرم درخواست ابطال بیمه نامه عمر و تأمین آتیه

تاریخ درخواست:/...../.....

شرکت محترم بیمه پاسارگاد

با احترام؛

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

صادر در تاریخ اینجانب با کد ملی بیمه گذار بیمه نامه فوق

با توجه به مدارک ذیل اقدام فرمائید.

☐

۱- اصل بیمه نامه

☐

۲- الحاقیه های صادره

☐

۳- قبوض/برگه های پرداختی حق بیمه (تعداد برگ)

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

نام و امضاء و اثر انگشت بیمه گذار

☐

۴- کپی کارت شناسائی بیمه گذار



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

شماره حساب بانک پاسارگاد به نام بیمه گذار

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

- شماره حساب اعلامی حتماً باید به نام بیمه گذار از طرف بانک باشد. در غیر این صورت 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. حتماً می بایست شماره تماس بیمه گذار اعلام شود.
- بیمه گذار محترم لطفاً دلیل ابطال بیمه نامه خود را ذکر نمائید:
- شماره همراه:

مهر و امضاء شعبه:

تاریخ:

مهر و امضاء نماینده:

تاریخ:

نام و امضاء بیمه گذار:

تاریخ:

در صورت درخواست، از این قسمت بریده شده و به عنوان رسید دریافت مدارک به بیمه گذار تحویل شود.

بدین وسیله تأیید می شود بیمه نامه عمر و تأمین آتیه شماره به نام بیمه گذار سرکار خانم/آقای

جهت انجام امور ابطال به این واحد تحویل شد.

نام و امضاء دریافت کننده:

بیمه گذار محترم پس از یک هفته کاری جهت پیگیری واریز وجه با شماره تماس ۸۲۴۸۹- داخلی ۱۴۹۵ تماس حاصل فرمائید.