



فرم درخواست بازخرید

مشخصات بیمه گذار

احتراما ،

اینجانب بیمه گذار بیمه نامه شماره
 کد نماینده..... درخواست می نمایم ترتیبی اتخاذ نمایند که طبق مقررات، مبلغ بازخرید بیمه نامه این جانب
 به شماره حساب با مشخصات ذیل واریز گردد.

نام دارنده حساب(بیمه گذار)	نام بانک	شماره حساب	شعبه	کد شعبه
			IR	

آدرس:
 تلفن منزل:
 تلفن همراه:.....
 تاریخ:

این قسمت الزاماً توسط بیمه گذار تکمیل شود

علت بازخرید بیمه نامه شما چیست؟

- ۱-عدم توانایی مالی جهت پرداخت اقساط بیمه نامه
- ۲-دشواری در شرایط پرداخت اقساط بیمه نامه
- ۳-عدم اطمینان به شرکت بیمه ملت
- ۴-عدم همکاری نماینده
- ۵-مزایای بهتر شرکت های دیگر
- ۶-سرمایه گذاری در سایر سازمانهای مالی
- ۷-نارضایتی از خدمات پس از فروش
- ۸-عدم پرداخت خسارت در رشته های دیگر(مانند شخص ثالث یا بدنه و ...)

چنانچه هیچ یک از موارد فوق علت بازخرید بیمه نامه نیست، علت اصلی را ذکر نمایید:.....

 چنانچه گزینه ۱ را انتخاب نموده اید چرا از وام بیمه نامه استفاده نکردید؟.....

 لطفاً اگر پیشنهاد/انتقاد سازنده برای بهبود بیمه های زندگی بیمه ملت دارید اعلام نمایید:.....

تایید بیمه گذار و نماینده

بیمه گذار محترم آیا از خدمات پس از فروش استفاده کرده اید؟

خیر بله (وام) کارت اعتباری

مهر و امضا نماینده
 کد نماینده:

نام و امضا بیمه گذار:

در صورت عدم نقص در پرونده، مبلغ بازخرید حداکثر طی ۷ روز کاری به حساب بیمه گذار واریز می گردد