



بیمه پاسارگاد

فرم درخواست و گواهی اطلاع از شرایط وام بیمه های عمر و تامین آتیه

اینجانب به شماره شناسنامه شماره ملی فرزند
 صادره از بیمه گذار بیمه نامه عمر و تأمین آتیه شماره

تقاضای دریافت وام با اطلاع و آگاهی از شرایط و مقررات آن به شرح ذیل را داشته و همچنین تعهد می نمایم که وام دریافت شده را طی ماه با نحوه پرداخت تسویه نمایم .

☀ (بیمه گذار می تواند اقساط وام خود را حداکثر طی ۳۶ قسط به روش ماهانه ، سه ماهه ، شش ماهه ، سالانه و یکجا پرداخت نماید)

☀ بیمه نامه دارای وام قبلی است ؟ بله () خیر () (در صورت تسویه وام امکان اخذ وام مجدد میسر می باشد)

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

☀ 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 در هر کجای فرم به جز محل تعیین شده جدا خودداری فرمایید . در غیر این صورت هیچ گونه ترتیب اثری داده نخواهد شد.

☀ بیمه گر حق دارد هنگام بازخرید بیمه نامه و یا هنگام پرداخت سرمایه ، خواه در اثر انقضاء مدت بیمه نامه و خواه در موقع فوت بیمه شده اصل وام و سود متعلقه تا آن زمان را بطور یکجا از مبلغ پرداختی کسر نموده و باقیمانده را به بیمه گذار یا استفاده کنندگان مسترد نماید.

۱- بیمه گذار کلیه حقوق خود را نسبت به بیمه نامه عمر مزبور به عنوان وثیقه وام به بیمه گر منتقل می نماید.

۲- نرخ سود وام در سال ۴٪ بیشتر از نرخ سود تضمینی می باشد .

۳- میزان وام پرداختی ، حداکثر معادل ۹۰٪ ارزش بازخرید بیمه نامه و حداقل ۲,۰۰۰,۰۰۰ ریال می باشد.

۴- پرداخت وام، در صورتی امکان پذیر است که تمامی اقساط سررسید شده بیمه نامه پرداخت شده باشند.

۵- مدت بازپرداخت وام با توجه به مدت بیمه نامه ، حداکثر ۳۶ ماه می باشد. (مشروط بر اینکه از تاریخ انقضاء بیمه نامه بیشتر نباشد).

۶- اقساط وام می بایستی براساس سررسیدهای تعیین شده پرداخت گردد در غیر این صورت جریمه دیرکرد تعلق گرفته و از سرمایه بیمه نامه (ارزش بازخرید) کسر خواهد شد.

۷- تقاضای وام مجدد منوط به تسویه کامل وام قبلی و ارسال قبوض پرداختی وام اخذ شده می باشد.

۸- در مواردی که وام، قبل از موعد تسویه گردد، بهره متعلقه به آن قابل برگشت است.

۹- درخواست بایستی از طرف بیمه گذار ارسال شود، در غیر این صورت هیچ گونه ترتیب اثری جهت پرداخت وام داده نخواهد شد.

تلفن های تماس ثابت: همراه:

تاریخ: تاریخ: تاریخ:
 نام وامضاء بیمه گذار: مهر و امضاء نماینده: مهر و امضاء شعبه: