فرم درخواست وام بیمه نامه عمروتأمین آتیه

شرایط و مقررات پرداخت وام بیمه نامه عمروتأمین آتیه

بیمه گذار محترم:لطفاً موارد درج شده در این برگه را مطالعه و تائید نموده ، سپس نسبت به تکمیل فرم اقدام فرمائید.

۱.با پرداخت این وام به بیمه گذار، تعهدات بیمه پاسارگاد در خصوص ارزش بازخرید بیمه نامه به میزان مانده وام شامل (اصل و کارمزد متعلقه) مادام که تسویه نشده باشد تقلیل می یابد.

۲.نرخ کارمزد وام براساس مصوبات شورای عالی بیمه ، ۴٪ بیشتر از بالاترین نرخ سود فنی بوده و درحال حاضر ۲۲ درصد است. وام پرداختی به بیمه گذار از اندوخته بیمه نامه کسرشده و سود تضمینی و مشارکت در منافع اندوخته کما فی السابق پرداخت می شود.

۳.در زمان سررسید بیمه نامه، پرداخت ارزش بازخرید، پرداخت خسارت فوت و یا مخفف شدن بیمه نامه ، چنانچه وام تسویه نشده باشد، مانده وام پرداخت شده به بیمه گذار، کارمزد متعلق به آن و جرائم احتمالی تأخیر در پرداخت، ازتعهدات بیمه گر کسر می گردد.

۴. به بیمه نامه های با سرمایه مخفف وام تعلق نمی گیرد.

۵.میزان وام پرداختی متناسب با نیاز بیمه گذارحداکثر معادل ۹۰٪ ارزش بازخرید بیمه نامه و مضربی از ۵۰۰,۰۰۰ ریال خواهد بود، مشروط بر اینکه کمتر از ۲,۰۰۰,۰۰۰ ریال نباشد.

۶.مدت بازپرداخت وام حداکثر ۶۰ ماه است.(مشروط بر اینکه تاریخ آخرین قسط وام از تاریخ انقضاء بیمه نامه بیشتر نباشد).

۷.روش پرداخت اقساط وام می تواند ماهانه، سه ماهه، شش ماهه،سالانه و یکجا باشد.بازپرداخت آن به درخواست بیمه گذار می تواند طی۶ ماه،۱۲ماه،۱۸ماه،۲۴ماه،۳۰ماه،۳۶ماه، ۴۲ماه، ۴۸ماه،۵۴ماه و ۶۰ ماه به اقساط مساوی انجام پذیرد.«توجه:افزایش مدت وام با رعایت سقف تعیین شده،حداکثرتا تاریخ انقضاء بیمه نامه امکان پذیر است»

مدت بیمه نامه ۱۰ سال وکمتر= مدت بازپرداخت وام حداکثر ۴ سال / مدت بیمه نامه بالاتر از ۱۰ سال = مدت بازپرداخت وام حداکثر ۵سال.

۸.تاریخ پرداخت اولین قسط وام ۱۰ روز به علاوه روش پرداخت اقساط وام بوده و برای ۱۰ روز اول کارمزدی محاسبه نمی شود.

۹.به اقساط وامی که دیرتر از سررسید مقرر پرداخت شوند،علاوه بر کارمزد وام، ۲ درصد جریمه تأخیر تعلق می گیرد.

۱۰.به اقساط وامی که قبل از سررسید پرداخت شوند، نسبت به مدت مازاد بر ۱۵روز، کارمزد روزانه تعجیل تعلق گرفته و نرخ موثر آن سالانه ۱۸درصد می باشد.

۱۱.چنانچه اقساط وام و حق بیمه،بیمه نامه پرداخت نشوند و میزان بدهی بیمه گذار بابت اصل وام و کارمزد متعلق به آن بیش از اندوخته شود بیمه نامه فسخ می شود.

۱۲. چنانچه از آخرین سررسید اقساط وام سه ماه سپری گردد،اصل وام،کارمزد و جرائم تأخیر متعلق به آن از ارزش بازخرید بیمه نامه کسر می شوند.

● **بدین وسیله گواهی می شود اینجانب خانم/آقای.....دارنده بیمه نامه عمروتأمین آتیه، با دقت وصحت اطلاعات مندرج در فرم را مطالعه و با اطلاع از شرایط وام موافقت خود را با تمامی مفاد آن اعلام می نمایم.**

❋ **نام ونام خانوادگی ، امضاء و اثر انگشت بیمه گذار :**

❋ **تاریخ :**

اطلاعات بیمه گذار برای دریافت وام

اینجانب.....باکدملی.....بیمه گذار بیمه نامه عمروتأمین آتیه شماره...../...../...../...../...../...../.....

و کد ملی بیمه شده بیمه نامه مذکور..... ، متقاضی دریافت وام با اطلاع وآگاهی از شرایط و مقررات به شرح فوق می باشم و هم چنین تعهد می نمایم که وام دریافت شده را طی مدت و نحوه بازپرداخت اعلام شده تسویه نمایم.

✓مدت بازپرداخت وام : ۶ ماه ☐ ۱۲ ماه ☐ ۱۸ ماه ☐ ۲۴ ماه ☐ ۳۰ ماه ☐ ۳۶ ماه ☐ ۴۲ ماه ☐ ۴۸ماه ☐ ۵۴ ماه ☐ ۶۰ ماه ☐

✓نحوه بازپرداخت وام: ماهانه ☐ سه ماهه ☐ شش ماهه ☐ سالانه ☐ یکجا ☐

شماره شبا متعلق به بیمه گذار:

نام بانک.....	IR																								

❖ **ارائه کارت ملی معتبر و برگ چاپ شده شماره شبا بانکی الزامی است.**

❖ **چنانچه متقاضی دریافت وام ،کمتر ازمیزان مبلغ اعلام شده سیستم نرم افزاری عمروتأمین آتیه می باشید، مبلغ موردنظررادرکادردرج نمایید:** .....(ریال)

شماره تلفن ثابت:.....شماره تلفن همراه :.....

❋**نام و نام خانوادگی ، امضاء و اثرانگشت بیمه گذار:**

❋**تاریخ:**

❋ **نام و نام خانوادگی، کد ، مهر و امضاء نماینده الزامی است :**

❋ **تاریخ:**

❋ **مهرو امضاء کارشناس شعبه :**

❋**تاریخ :**

این قسمت توسط نماینده تکمیل شود :

اینجانب خانم / آقای .....نماینده عمومی /مدیر ار شد/مدیر آموزش/ مدیرفروش/ نماینده فروش / کارگزار ر سمی کد.....اعلام می نمایم پس از رویت بیمه گذار بیمه نامه عمر و تأمین آتیه شماره...../...../...../...../ ..... ✓فرم درخواست وام شامل: ۴۸و مدارک درخواست وام بیمه نامه عمروتأمین آتیه ✓تصویر کارت شناسایی معتبر (کارت ملی هوشمند) ✓ برگ چاپی شماره بانکی متعلق به بیمه گذار را از وی دریافت و به همراه ✓ نامه (حاوی شماره ، تاریخ ، مهر و امضاء نمایندگی) به واحد صدور /شعبه تحویل می نمایم .

*مراتب تائید و احراز هویت بیمه گذار متقاضی را انجام و کلیه مسئولیت های تکمیل فرم به عهده اینجانب می باشد. ❋ نام و نام خانوادگی، کد / مهر / امضاء نماینده :

فرم: ۱۶/۸/۲/۳/۱/۱