


Fo-1210-30-00	مفاصا حساب دریافت اندوخته سررسید/پایان مدت بیمه نامه	
تاریخ بازنگری: -		

## بیمه عمر و سرمایه گذاری

(( مخصوص افراد حقیقی ))

نام بیمه گذار:

شماره بیمه نامه :

بدینوسیله ، اینجانب به مشخصات مندرج در جدول زیر به عنوان بیمه گذار بیمه نامه عمر و سرمایه گذاری تایید و اعلام مینمایم که مبلغ ریال طبق نامه مورخ بابت اندوخته سررسید / پایان مدت بیمه نامه خود از شرکت بیمه "ما" دریافت نموده ام و پس از این هیچگونه ادعایی در مورد بیمه نامه مذکور نخواهم داشت .

نام :

نام خانوادگی :

نام پدر :

شماره شناسنامه :

شماره کد ملی :

نشانی :

امضاء :

اثر انگشت: