



## شرکت بیمه ما

### مدیریت بیمه های عمر و سرمایه گذاری

### فرم شرایط واریز متفرقه

اینجانب ..... بیمه گذار بیمه نامه شماره ..... اعلام می دارم که کلیه اطلاعات لازم در خصوص مبالغ واریز متفرقه ، کسورات ابتدای واریز را از شعب مربوطه یا نماینده دریافت نمودم و متعاقب آن واریز انجام گردید .

همچنین اطلاع دارم که هر زمان اقدام به برداشت مبالغ واریز متفرقه نمایم حداکثر تا ۹۰ درصد ارزش بازخرید امکان برداشت وجود داشته و ۲ درصد کارمزد از مبلغ قابل برداشت ، کسر میگردد .

۱. نام و نام خانوادگی ، تاریخ و امضاء بیمه گذار.....

۲. مبلغ واریزی : .....