



فرم تایید امضاء بیمه گزار / بیمه شده

مدیریت محترم بیمه‌های عمر و تأمین آتیه

به استحضار می‌رساند بیمه گزار/بیمه شده خانم/آقای.....
به شماره ملی..... دارنده بیمه نامه عمر و تأمین آتیه به
شماره..... جهت انجام امور صدور/ الحاقیه/ بازپرداخت ها به این
مدیریت مراجعه نموده‌اند، بدین وسیله امضاء بیمه گزار/ بیمه شده طبق نمونه ذیل تغییر داشته و مورد
تأیید می‌باشد. مراتب جهت دستور و اقدامات مقتضی ایفاد می‌گردد.

نام و نام خانوادگی بیمه گزار/بیمه شده	امضاء	اثر انگشت

نام و نام خانوادگی نماینده/نماینده فروش/ کد نمایندگی: تاریخ و امضاء کاربر:

تاریخ، امضاء و مهر نماینده:

بیمه گزار/ بیمه شده به رویت نماینده/نماینده فروش رسیده است.

تصویر کارت شناسائی بیمه گزار/بیمه شده ضمیمه شده است.