

فرم درخواست تغییر نمایندگی



شرکت بیمه پاسارگاد

مدیریت محترم بیمه های عمر و تأمین آتیه

احتراماً،

اینجانب ..... بیمه‌گزار بیمه نامه عمر و تأمین آتیه به شماره...../...../...../...../...../...../...../..... با سرمایه اولیه بیمه عمر به میزان ..... ریال و بیمه حادثه به سرمایه ..... ریال بدینوسیله درخواست می‌نمایم نمایندگی بیمه نامه مذکور از کد ..... به نام ..... به کد نمایندگی..... به نام ..... تغییر نماید.

علت درخواست را به اختصار توضیح دهید :

امضاء بیمه‌گزار:

مهرو امضاء نماینده :

تاریخ:

تاریخ:

اطلاعات ذیل توسط شعبه تکمیل شود .

تاریخ شروع قرارداد: ..... تاریخ آخرین پوشش بیمه‌ای: .....

آخرین روش پرداخت حق بیمه: ..... تعداد اقساط پرداختی بر حسب روش پرداخت: .....

فرم گواهی مبنی بر سلامت دارد  ندارد  سلامتی بیمه شده مورد تأیید است بلی  خیر

توضیح :

امضاء بیمه‌گزار با پیشنهاد مطابقت دارد  ندارد

درخواست فوق با ضوابط اعلام شده برای تغییر کد نمایندگی مطابقت دارد  ندارد  در صورت عدم تطابق توضیح داده شود.

توضیح :

مهر شعبه و امضاء :

نام و نام خانوادگی تأیید کننده :

تاریخ:

تاریخ:

توضیح و تأیید کارشناس مسئول اشخاص / رئیس شعبه / مدیر منطقه



## 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.