

فرم درخواست تغییر نمایندگی

شرکت بیمه پاسارگاد
مدیریت محترم بیمه های عمر و تامین آتیه

احتراما،

اینجانب بیمه گذار بیمه عمر و تامین آتیه شماره
بدینوسیله درخواست می نمایم که کد نمایندگی بیمه نامه فوق از به نام
به کد نمایندگی به نام تغییر نماید.
علت درخواست را به اختصار توضیح دهید:

تاریخ:

مهر و امضاء نماینده:

تاریخ:

امضاء بیمه گذار:

اطلاعات ذیل توسط شعبه (واحد صدور) تکمیل شود.

تاریخ شروع قرارداد:

تاریخ آخرین پوشش بیمه ای:

آخرین روش پرداخت حق بیمه:

تعداد اقساط پرداختی بر حسب روش پرداخت:

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

توضیح:

امضاء بیمه گذار 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:

نام و نام خانوادگی تاییدکننده:

مهر شعبه و امضاء:

توضیح و تایید مدیر.