

فرم درخواست تغییر نمایندگی

شرکت بیمه پاسارگاد
مدیریت محترم بیمه های عمر و تأمین آتیه

احتراماً،

اینجانب

بیمه‌گذار بیمه‌عمر و تأمین آتیه شماره

به نام

بدینوسیله درخواست می‌نمایم که کد نمایندگی بیمه نامه فوق از

تغییر نماید.

به نام

به کد نمایندگی

علت درخواست را به اختصار توضیح دهید :

تاریخ :

تاریخ :

مهر و امضاء نماینده :

امضاء بیمه‌گذار

اطلاعات ذیل توسط شعبه (واحد صدور) 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 بیمه‌گذار 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 تأیید کننده :

مهر شعبه و امضاء :

توضیح و تأیید مدیر

Blank space for signature and stamp.