



فرم مجوز عدم کنترل تطابق معرف بیمه نامه و قرارداد در الحاقیه تغییر معرف

شماره سند: FM-AM-19/01

تاریخ: / /

پیوست: ندارد

صفحه: ۱ از ۱

مشخصات بیمه گذار	توسط بیمه گذار تکمیل گردد	
<p>نام و نام خانوادگی / نام شرکت: نام پدر: تاریخ تولد:</p> <p>شماره شناسنامه: کد ملی / شناسه ملی: جنسیت: زن <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> شماره تماس ثابت: شماره تماس همراه:</p>	توسط شعبه تکمیل گردد	
مجوز در خواستی		
<p>واحد دریافت کننده: کد رایانه بیمه نامه: رشته:</p> <p>شماره الحاقیه: واحد معرف:</p> <p>وضعیت بیمه نامه: تمدید <input type="checkbox"/> جدید <input type="checkbox"/> در طول مدت بیمه نامه <input type="checkbox"/> مجوز صدور: شعبه <input type="checkbox"/> نماینده <input type="checkbox"/></p> <p>مدت بیمه نامه: از تاریخ لغایت تاریخ</p>		
علت تغییر کد	توسط شعبه تکمیل گردد	
<p><input type="checkbox"/> لغو کد نماینده <input type="checkbox"/> تعلیق <input type="checkbox"/> مرخصی <input type="checkbox"/> تغییر کد معرف از شعبه به نماینده</p> <p>شرح کامل دلایل تغییر کد و نام نماینده پیشنهادی:</p>		
<p>نام مسئول شعبه تاریخ، مهر و امضا</p> <p>نام بیمه گذار تاریخ، مهر و امضا</p>	توسط نماینده تکمیل گردد	
واحد صدور قبلی در صورت فعال بودن		
<p>اینجانب به کد نمایندگی، خواهشمند است پرتفوی بنده به نمایندگی کد منتقل گردد، همچنین ضمن این درخواست موافقت خود را مبنی بر پرداخت کارمزد بیمه نامه های جاری خویش به نمایندگی مذکور اعلام می نمایم.</p> <p>نام، تاریخ، امضا</p>		
واحد صدور جدید		
<p>اینجانب به کد نمایندگی، ضمن پذیرش پرتفوی نمایندگی کد اعلام می دارم پس از انتقال، مسئولیت پیگیری وصول اقساط بیمه نامه های منتقل شده نیز بر عهده اینجانب می باشد.</p> <p>نام، تاریخ، امضا</p>		
<p>نایب مدیر امور نمایندگان و کارگزاران</p>	<p>نایب معاون فروش و توسعه بازار</p>	<p>نام و امضای اقدام کننده</p>