



## فرم تغییر معرف

شماره سند: FM-AM-16/04

تاریخ: / /

پیوست: .....

صفحه: ۱ از ۱

<b>مشخصات بیمه گذار</b>		توسط بیمه گذار تکمیل گردد
نام و نام خانوادگی / نام شرکت: ..... نام پدر: ..... تاریخ تولد: ..... شماره شناسنامه: ..... کد ملی / شناسه ملی: ..... جنسیت: زن <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> شماره تماس ثابت: ..... شماره تماس همراه: .....		
<b>مجوز در خواستی</b>		توسط شعبه تکمیل گردد
واحد دریافت کننده: ..... کد رایانه بیمه نامه: ..... کد رایانه بیمه گذار: ..... کد واحد صدور: ..... رشته: ..... شماره الحاقیه: ..... کد رایانه قرارداد: ..... واحد معرف: ..... 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"/> مدت بیمه نامه: از تاریخ ..... لغایت تاریخ .....		
<b>علت تغییر کد</b>		
<input type="checkbox"/> لغو کد نماینده <input type="checkbox"/> تعلیق <input type="checkbox"/> مرخصی <input type="checkbox"/> تغییر کد معرف از شعبه به نماینده <input type="checkbox"/> در خواست بیمه گذار شرح کامل دلایل تغییر کد و نام نماینده پیشنهادی:		توسط نماینده تکمیل گردد
نام مسئول شعبه	نام بیمه گذار	
تاریخ، مهر و امضا	تاریخ، مهر و امضا	
<b>واحد صدور قبلی در صورت فعال بودن</b>		توسط نماینده تکمیل گردد
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. نام، تاریخ، امضا		
<b>واحد صدور جدید</b>		توسط نماینده تکمیل گردد
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. نام، تاریخ، امضا		
<b>تایید مدیر امور شعب، نمایندگان و کارگزاران</b>	<b>تایید معاونت اجرایی</b>	<b>نام و امضای اقدام کننده</b>