



فرم درخواست تغییر کد معرف بیمه نامه غیر عمر

شماره سند: FM-BR-21/01

تاریخ:/...../۱۴.....

پیوست: ندارد

صفحه: ۱ از ۱

| | | |
|---|---|---|
| این قسمت توسط شعبه تکمیل می گردد | مشخصات بیمه گذار | نام و نام خانوادگی: نام پدر: تاریخ تولد: شماره شناسنامه: |
| | مشخصات بیمه نامه | کد ملی: جنسیت: زن <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> پست الکترونیکی: نام شهر و نشانی محل سکونت: شماره تماس (ثابت): شماره تماس (همراه): |
| | مشخصات بیمه نامه | کد بیمه گذار: شماره بیمه نامه: کد رایانه بیمه نامه: کد صدور: شماره الحاقیه: تاریخ آخرین قسط پرداختی: |
| علت تغییر کد | مدت بیمه نامه: از تاریخ لغایت تاریخ | |
| | <input type="checkbox"/> لغو کد نماینده | <input type="checkbox"/> تغییر کد معرف از شعبه به نماینده |
| توضیحات (شرح کامل دلایل تغییر کد و نام نماینده پیشنهادی): | | |
| نام، تاریخ، امضاء | | |

درخواست تغییر کد بعلت تغییر آدرس / نارضایتی بیمه گذار از نماینده قسمت زیر تکمیل گردد

| | |
|-----------|--|
| بیمه گذار | اینجانب به عنوان بیمه گذار در تاریخ تایید می نمایم که این انتقال با اطلاع کامل و درخواست بنده صورت می گیرد. نام، تاریخ، امضاء |
|-----------|--|

در صورت درخواست تغییر معرف به علت لغو کد نماینده قسمت زیر تکمیل گردد

| | |
|--------------|--|
| نماینده فعلی | پیرو درخواست لغو کد 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، امضاء |
| نماینده جدید | اینجانب به کد نمایندگی ضمن پذیرش پرتفوی نمایندگی کد اعلام می دارم پس از این انتقال، مسئولیت پیگیری وصول اقساط بیمه نامه های منتقل شده نیز بر عهده اینجانب می باشد. نام، تاریخ، امضاء |

در صورت تغییر کد معرف از شعبه به نماینده قسمت زیر تکمیل گردد

| | |
|---------|--|
| نماینده | اینجانب به کد نمایندگی در تاریخ درخواست انتقال کد بیمه نامه نامبرده را اعلام می دارم. نام، تاریخ، امضاء |
|---------|--|