

|              |                                                                               |                                                                                     |
|--------------|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| SSF088       | شرکت بیمه سامان<br><b>فرم درخواست تغییر کد معرف بیمه نامه (بصورت انفرادی)</b> |  |
| تجدیدنظر: 00 |                                                                               |                                                                                     |
| صفحه: 1 از 1 |                                                                               |                                                                                     |

|                                                      |                            |                                                  |                                                                  |                            |                        |
|------------------------------------------------------|----------------------------|--------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|----------------------------|------------------------|
| این قسمت توسط بیمه گذار با همکاری شعبه تکمیل می گردد | مشخصات بیمه گذار           | نام و نام خانوادگی : .....                       | نام پدر: .....                                                   | تاریخ تولد : .....         | شماره شناسنامه : ..... |
|                                                      |                            | 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: .....                                   | رشته بیمه ای : .....                                             |                            |                        |
|                                                      | شماره الحاقیه: .....       | تاریخ آخرین قسط پرداختی: .....                   |                                                                  |                            |                        |
|                                                      |                            | مدت بیمه نامه : از تاریخ ..... لغایت تاریخ ..... |                                                                  |                            |                        |

**بر اساس علت تغییر کد معرف، قسمت های زیر تکمیل گردد:**

|                          |                                                                                                                                                                    |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| بنا به درخواست بیمه گذار | اینجانب ..... به عنوان بیمه گذار در تاریخ ..... درخواست تغییر کد معرف بیمه نامه را اعلام می نمایم.<br>علت درخواست (حتماً تکمیل فرمایید) :<br><br>نام، امضا و تاریخ |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| بنا به درخواست نماینده | <p style="text-align: center;"><b>بر اساس توافق دو نماینده با یکدیگر :</b></p> اینجانب ..... با کد نمایندگی ..... در تاریخ ..... موافقت خود را مبنی بر انتقال کد بیمه نامه نامبرده از این نمایندگی را به نماینده جدید با نام ..... با کد ..... اعلام می دارم.<br>علت درخواست :<br><br>نام، امضا و تاریخ  |
|                        | <p style="text-align: center;"><b>بر اساس جدید بودن نمایندگی و تغییر کد از کد شعبه به کد نماینده :</b></p> اینجانب ..... به کد نمایندگی ..... در تاریخ ..... درخواست انتقال کد بیمه نامه نامبرده را از شعبه ..... با کد ..... به کد نمایندگی خود را اعلام می دارم.<br>توضیحات :<br><br>نام، امضا و تاریخ |