

شرکت بیمه سامان
درخواست تغییر کد معرف بیمه نامه های عمر و اندوخته ساز

SSF.۵۴

تجدید نظر: ۰۰

صفحه: ۱ از ۱

این قسمت توسط شعبه تکمیل می گردد	مشخصات بیمه گذار	نام و نام خانوادگی : نام پدر: تاریخ تولد : شماره شناسنامه :		
		کد ملی : جنسیت : زن ☐ مرد ☐ 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:		
		مدت بیمه نامه : از تاریخ لغایت تاریخ		
علت تغییر کد	☐ نارضایتی بیمه گذار از نماینده ☐ تغییر آدرس بیمه گذار ☐ توافق ۲ نماینده			
	توضیحات (شرح کامل دلایل تغییر کد و نام نماینده پیشنهادی): نام و تاریخ امضاء			
درخواست تغییر کد بعثت 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 و امضا			
	در صورت جلب رضایت نماینده از بیمه گذار و صرف نظر نمودن بیمه گذار از تغییر کد معرف این قسمت تکمیل گردد			
بیمه گذار	اینجانب به عنوان بیمه گذار در تاریخ درخواست تغییر کد معرف را ملغی اعلام می نمایم. نام و امضا			
	در صورت تغییر کد بعثت توافق دو نماینده قسمت زیر تکمیل گردد			
نماینده فعلی	اینجانب با کد نمایندگی در تاریخ موافقت خود را مبنی بر انتقال کد بیمه نامه نامبرده از این نمایندگی اعلام می دارم. نام و امضا			
	اینجانب با کد نمایندگی در تاریخ موافقت خود را مبنی بر پذیرش مسئولیت های بیمه نامه نامبرده، پس از انتقال کد بیمه نامه به این نمایندگی اعلام می دارم. نام و امضا			