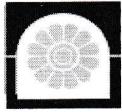


## فرم درخواست تغییر نمایندگی



بیمه پاسارگاد

شرکت بیمه پاسارگاد  
مدیریت محترم بیمه های عمر و تأمین آتیه

احتراماً،

اینجانب ..... بیمه‌گذار و اینجانب ..... بیمه شده متولد ...../...../..... ۱۳.....  
دارای بیمه نامه عمر و تأمین آتیه شماره...../...../...../...../..... ۴۸/..... با سرمایه اولیه بیمه عمر به میزان ..... ریال  
و بیمه حادثه به سرمایه ..... ریال بدینوسیله درخواست می‌نمایم که کد نمایندگی بیمه نامه مذکور  
از..... به نام ..... به کد نمایندگی..... به نام..... تغییر نماید.  
علت درخواست را به اختصار توضیح دهید :

امضاء بیمه‌گذار:

تاریخ:

مهر و امضاء نماینده :

تاریخ:

اطلاعات ذیل توسط شعبه (واحد صدور) تکمیل شود .

تاریخ شروع قرارداد: ..... تاریخ آخرین پوشش بیمه‌ای : .....  
آخرین روش پرداخت حق بیمه : ..... تعداد اقساط پرداختی بر حسب روش پرداخت : .....  
فرم گواهی مبنی بر سلامت دارد  ندارد  سلامتی بیمه شده مورد تأیید است بلی  خیر   
توضیح :

امضاء بیمه‌گذار با پیشنهاد مطابقت دارد  ندارد   
درخواست فوق با ضوابط اعلام شده برای تغییر کد نمایندگی مطابقت دارد  ندارد  در صورت عدم تطابق توضیح داده شود  
توضیح :

مهر شعبه و امضاء :

تاریخ:

نام و نام خانوادگی تأیید کننده :

تاریخ:

توضیح و تأیید مدیر