

فرم تائید امضاء بیمه گذار

اداره محاسبه پرداخت های عمر و تأمین آتیه

موضوع : تائید امضاء بیمه گذار

احتراماً به استحضار می رساند با توجه به درخواست بیمه گذار سرکار خانم/ آقای .....  
به شماره ملی ..... دارنده بیمه نامه عمر و تأمین آتیه شماره .....  
جهت انجام امور باز خرید بیمه نامه / ابطال / وام مراجعه نموده اند، بدین وسیله امضاء بیمه گذار طبق  
نمونه ذیل تغییر داشته و مورد تائید می باشد. مراتب جهت دستور و اقدام مقتضی ایفاد  
می گردد.

نام و نام خانوادگی بیمه گذار	امضاء	اثر انگشت

نام و نام خانوادگی نماینده :

کد نماینده :

تاریخ، امضاء، مهر نماینده :