تاریخ:

به نام خدا

بیمه پاسارگاد

فرم درخواست تغییر بیمه گزار

اینجانب ..... با کد ملی ..... بیمه گزار بیمه نامه عمر و تأمین آتیه شماره ...../...../۰/...../۴۸ و بیمه شده ..... ،تغییر بیمه گزار از اینجانب به جناب آقای/سرکارخانم ..... را اعلام می دارم و بدین وسیله متعهد می شوم از این پس هیچ گونه حق و اعتراضی نسبت به تغییر بیمه نامه مذکور نداشته باشم.

علت تغییر بیمه گزار: .....

نام و نام خانوادگی :

امضاء بیمه گزار :

تاریخ:

اینجانب ..... با کد ملی ..... بیمه گزار جدید بیمه نامه عمر و تأمین آتیه شماره ...../...../۰/...../۴۸ و بیمه شده ..... رضایت خود را از انتقال و تغییر بیمه گزار اعلام و از این پس تمامی مسئولیت های مربوط به بیمه گزار در بیمه نامه عمر و تأمین آتیه فوق را می پذیرم.

نام و نام خانوادگی :

امضا بیمه گزار جدید:

تاریخ:

درصورتی که بیمه گزار فوت نموده است:

۱- چنانچه ارزش بازخرید بیمه نامه کمتر از ۵۰،۰۰۰،۰۰۰ ریال باشد بیمه گزار جدید متعهد می شود پس از تغییر بیمه گزار حداقل به مدت یک سال بیمه ای(حداقل ۱۲ماه اقساط بیمه نامه عمر و تأمین آتیه) را پرداخت نموده و امکان بازخرید بیمه نامه در زمان مذکور میسر نمی باشد.

۲- ارزش بازخرید بیمه نامه بالاتر از ۵۰،۰۰۰،۰۰۰ ریال باشد رضایت وراث (طبق برگه انحصار وراثت) الزامی است.

نکته: در خصوص بند یک ، چنانچه بیمه گزار قصد بازخرید بیمه نامه زودتر از موعد مذکور را داشته باشد ارائه رضایت کلیه وراث (طبق برگه انحصار وراثت) الزامی است

نام و نام خانوادگی :

امضا بیمه گزار جدید:

تاریخ :