



بیمه ایران
نمابندگی صیرفیان
کد ۳۰۰۳۹

تاریخ:

به نام خدا

فرم تقاضای صدور بیمه نامه

اینجانب به کد ملی نام پدر
تاریخ تولد کارمند واحد دارای کد پرسنلی
شماره همراه: شماره ثابت: شماره تماس واحد:
آدرس: کد پستی:
به حسابداری و کالت می‌دهم اقساط بیمه نامه‌های صادره از حقوق اینجانب کسر و بحساب اعلام شده نمایندگی واریز نماید.

ضمناً با توجه به موارد فوق تعهد می‌نمایم:

۱- در صورت انتقال یا بازنشسته شدن و موارد دیگر، حسابداری کلیه اقساط مانده را از حقوق اینجانب کسر و تسویه نماید و چنانچه مانده حقوق اینجانب به اندازه کافی نبود شخصاً به تسویه اقساط اقدام نمایم.

۲- در هنگام درخواست بیمه نامه جدید، بیمه نامه قبلی را ارائه نمایم.

۳- از زمان تحویل مدارک تا وصول بیمه نامه جدید مسئولیت استفاده از خودرو بیمه نامه به عهده خودم بوده و شرکت بیمه ایران و سازمان معرفی کننده یا هر سازمان دیگر هیچگونه مسئولیتی در قبال بروز حادثه یا خسارت ندارد.

نوع درخواست:

بیمه شخص ثالث [] بیمه بدنه [] بیمه آتشسوزی [] مسئولیت [] سایر []

توضیحات:

مهر و امضاء مسئول تسویه (امور مالی):

امضاء و اثر انگشت متقاضی:

نشانی: رشت - کمربندی شهید بهشتی - بین فلکه گاز و کمیته امداد - جنب بنیاد حفظ آثار و ارزشهای دفاع مقدس

کد پستی: ۴۱۹۳۸۸۳۹۶۷

فکس: ۳۳۳۶۵۶۵۱

تلفن: ۳۳۳۶۵۶۶۰-۱

site: www.seyrafianinsurance.ir

Email: seyrafian30039@gmail.com