

شماره سند: FM-AM-06/02
تاریخ: ۱۳ / /
پیوست:
صفحه: ۱ از ۱



فرم گواهی امضای ضامنین

شماره شناسنامه:	شماره ملی:	فرزنده:	آقا/خانم:	باشندگان
شماره همراه:	متولد:	صادر از:		
تلفن محل سکونت:	به نشانی سکونت:			
شماره شناسنامه:	شماره ملی:	فرزنده:	آقا/خانم:	صادره از
شماره همراه:	شاغل در:	متولد:	به شماره کارگزینی / پروانه کسب:	
شعبه:	نژد بانک:	دارای شماره حساب بانکی:		
تلفن محل کار:	به نشانی محل کار:			
تلفن محل سکونت:	به نشانی سکونت:			
شماره شناسنامه:	شماره ملی:	فرزنده:	آقا/خانم:	صادره از
شماره همراه:	شاغل در:	متولد:	به شماره کارگزینی / پروانه کسب:	
شعبه:	نژد بانک:	دارای شماره حساب بانکی:		
تلفن محل کار:	به نشانی محل کار:			
تلفن محل سکونت:	به نشانی سکونت:			

* ضامنین می‌بایست کارمند رسمی و یا دارای جواز کسب باشند.

اینجانبان ضامنین متعهد، با اطلاع کامل از تعهداتی که نماینده فوق الذکر این سند بابت اخذ نمایندگی و فعالیت در چارچوب آیین نامه نمایندگی بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران و مفاد قراردادی که با شرکت بیمه آرمان دارد و در این تعهد نامه ملزم به رعایت موارد مفاد آن است، متعهد و ملزم می‌شویم که چنانچه نامبرده خلاف مقررات مذکور عمل نماید به محض اعلام و تشخیص کمیته انضباطی شرکت بیمه آرمان کلیه بدهی نماینده، خسارات و زیان احتمالی را طبق قرارداد منعقده بدون اعتراض تادیه نماییم. مسئولیت اینجانب و نماینده در برابر شرکت بیمه آرمان تضامنی است و شرکت می‌تواند برای هریک از نامبرده‌گان و یا همزمان برای هر سه نفر تقاضای صدور اجرائیه نماید. به هر حال تشخیص و اعلام شرکت بیمه آرمان به مراجع قضایی نسبت به میزان بدهی، جهت اخذ حکم قضائی و صدور اجرائیه و اقدامات قانونی علیه نماینده و یا اینجانب در مقام ضامن و به نحو تضامن، قاطع و لازم الاجرا بوده و غیر قابل اعتراض می‌باشد.					اعضاء
ضامن دوم امضاء/ اثر انگشت	ضامن اول امضاء/ اثر انگشت	متعهد امضاء/ اثر انگشت			

دفتر خانه شماره:, با ممور نمودن این برگه، حضور ضامنین و امضا نامبرده‌گان را تأیید مینماید.	باشندگان
--	----------