



فرم تعیین ذینفع

(استفاده کننده / استفاده کنندگان از سرمایه بیمه)

بیمه گذار:

شماره قرارداد:

اینجانب بیمه شده قرارداد مذکور (ردیف لیست بیمه شدگان)، بدینوسیله ذینفع سرمایه بیمه خود را در صورت فوت به شرح ذیل تعیین و اعلام می‌نمایم.

ردیف	نام و نام خانوادگی	نام پدر	تاریخ تولد	شماره شناسنامه	محل صدور	نسبت با بیمه شده اصلی	درصد سهم ذینفع از سرمایه بیمه

امضاء بیمه شده:

مهر و امضاء بیمه گذار:

تاریخ:

تاریخ:

شماره فرم: DG/FR/751/04

شماره ۱

شماره فرم بازنگری: *