



تاریخ:

شماره:

پیوست:

## فرم ذینفع بهره مندان از سرمایه بیمه عمر و حوادث

بیمه گذار:

شماره قرارداد:

اینجانب ..... بیمه شده قرارداد عمر و حوادث بدینوسیله ذینفع سرمایه بیمه خود را در صورت فوت به شرح زیر تعیین و اعلام می نمایم.

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: