## پیوست شماره ۴

### فرم تعیین ذینفع

### (استفاده کننده / استفاده کنندگان از سرمایه بیمه)

بیمه‌گذار: شماره قرارداد:

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

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

امضاء بیمه‌شده:

تاریخ:

مهر و امضاء بیمه‌گذار:

تاریخ:



۲۴_سری پل_۸۴۹_۵۰۰۰۰_یک