



فرم تعیین ذینفع

(استفاده کننده / استفاده کنندگان از سرمایه بیمه)

اینجانب بیمه شده بیمه عمر و حوادث گروهی، بدینوسیله ذینفع سرمایه بیمه خود را در صورت فوت به شرح ذیل 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 و اثر انگشت :

تاریخ: