



فرم تعیین ذینفع (۴)
(استفاده کننده / استفاده کنندگان از سرمایه بیمه عمر مکمل)



شماره قرارداد: ۱۳۹۷/۲۱۲۳/۱/۳۳۲/۳۰۲۰/۴

بیمه گر : شرکت سهامی بیمه ایران

بیمه گذار: دانشگاه فرهنگیان

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

[illegible]

امضاء بیمه شده:

مهر و امضاء بیمه گذار:

تاریخ:

تاریخ:



فرم تعیین ذینفع (۴)
(استفاده کننده / استفاده کنندگان از سرمایه بیمه عمر مکمل)

شماره قرارداد: ۱۳۹۷/۲۱۲۳/۱/۳۳۲/۳۰۲۰/۴

بیمه گر : شرکت سهامی بیمه ایران

بیمه گذار: دانشگاه فرهنگیان

اینجانب با کد ملی بیمه شده قرارداد مذکور (ردیف لیست بیمه شدگان)، 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	کد ملی	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: