



## (استفاده کننده / استفاده کنندگان از سرمایه بیمه عمر و حوادث مصوب)

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]

## تاریخ:



### فرم تعیین ذینفع (۳)

## (استفاده کننده / استفاده کنندگان از سرمایه بیمه عمر و حوادث مصوب)

بیمه گذار: دانشگاه فرهنگیان      بیمه گر: شرکت سهامی بیمه ایران      شماره قرارداد:

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:

## تاریخ:

مهر و امضاء بیمه گذار:

## تاریخ: