



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 |
|------|--------------------|---------|------------|--------|----------------|----------|-----------------------|-------------------------------|
| | | | | | | | | |

مهر و امضاء بیمه گذار:

تاریخ:



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 |
|------|--------------------|---------|------------|--------|----------------|----------|-----------------------|-------------------------------|
| | | | | | | | | |

مهر و امضاء بیمه گذار:

تاریخ: