



## فرم تعیین ذینفع از سرمایه بیمه

این فرم جزو لاینفک پیشنهاد بیمه عمر و حوادث گروهی محسوب شده و مبایست توسط بیمه شده تکمیل گردد و از تاریخی که به بیمه البرز تحویل داده شود معتبر شناخته خواهد شد.

شماره قرارداد حوادث گروهی

شماره قرارداد بیمه عمر گروهی

نام بیمه‌گذار :

شماره پرسنلی

نام و نام خانوادگی بیمه شده :

محل صدور

شماره شناسنامه

تاریخ تولد

نام پدر :

آدرس دقیق ذینفع	درصد استفاده از سرمایه بیمه	نسبت ذینفع یا بیمه شده	شماره شناسنامه	نام و نام خانوادگی ذینفع

افرادی که بعنوان ذینفع در جدول فوق انتخاب شده‌اند استفاده‌کننده (گان) از سرمایه بیمه می‌باشد.

تاریخ

تاریخ

مهر و امضاء کارفرما یا نماینده او

امضاء بیمه شده