

درخواست تغییر ذینفع بیمه عمر و سرمایه گذاری

| | | | |
|--|-----------------------|------------------------|--|
| | بیمه گذار: | بیمه شده: | |
| | شماره بیمه نامه: | تاریخ اعمال تغییرات: | |
| | تاریخ شروع بیمه نامه: | تاریخ پایان بیمه نامه: | |

مشخصات ذینفعان جدید:

| اولویت | درصد سهم | نسبت با بیمه شده | کد ملی | نام پدر | نام و نام خانوادگی | وضعیت |
|--------|----------|------------------|--------|---------|--------------------|--------------|
| | | | | | | در صورت فوت |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | در صورت حیات |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

این فرم در تاریخ بنا به درخواست بیمه گذار / بیمه شده تکمیل شده است.

امضاء کارشناس صدور

امضاء بیمه شده

امضاء بیمه گذار