تاریخ.....................................

شماره...................................

**بیمه عمر و حادثه تکميلی بازنشستگان**

**و**

 **تعيين ذی نفعان**

بیمه گزار: شرکت توزيع نيروی برق آذربايجان غربی

|  |
| --- |
| نام بیمه شده : حوزه محل خدمت : تاریخ تولد : کدملی : شماره همراه :  |

 اینجانب ............................................ همکار بازنشسته.............................................حوزه محل خدمت ............................. متقاضی بهره مندی از مزايای بیمه عمر و حادثه تکميلی با حق بیمه سالانه حداقل به مبلغ 6030000 ريال از 1/4/1401 لغايت 1/4/1402 می باشم و رضایت دارم جهت جبران حق بیمه پرداختی فوق مبلغ مذکور از محل تسهيلات رفاهی اینجا نب کسرگردد.

 اسامی ذی نعفان به صورت ذيل اعلام می گردد :

 نام و نام خانوادگی امضا و اثر انگشت

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ردیف | نامذی نفع | نام خانوادگی ذی نفع |  نسبت |  کدملی |  درصد بهره مندی از 100 |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |

در صورت عدم تمايل به تعيين ذی نفع در جدل بالا خط کشیده لطفا عبارت "مطابق قانون ارث رفتار گردد " در ذيل درج گردد .

.....................................................................................................................................................................................................................................