

نموذج تغيير المستفيد بموجب

خطة التعليم الإحترافي

أرشح أنا، ----- المؤمن عليه بموجب هذه البوليصه بموجبه، (صلة القرابة) ----- واسمه -----
----- ويبلغ من العمر ----- سنة.

العنوان -----.

بصفته الشخص الذي يدفع له مبلغ الضمان بموجب البوليصه في حالة وفاتي في أي وقت قبل تاريخ الاستحقاق بموجب هذه البوليصه.

حُرر في يوم ----- من شهر ----- 200-----.

----- 1.

(توقيع مقدم الطلب)

التوقيع:

----- الشاهد:

----- الاسم:

----- العنوان: