



## طلب تغيير أسماء المستفيدين

اسم المؤمن له: \_\_\_\_\_  
رقم ونوع البوليصة: \_\_\_\_\_  
اسم الوكيل: \_\_\_\_\_

السادة شركة النسر العربي للتأمين/ قسم خدمة العملاء،

يرجى تعديل أسماء المستفيدين من العقد أعلاه والعائد لي ليصبحوا كما هو مرفق في الصفحة الثانية ولذلك يرجى إصدار تظهير في التعديل المطلوب أعلاه واعتباره ساري المفعول من تاريخه.

ولكم جزيل الشكر،

اسم المؤمن له: \_\_\_\_\_  
تاريخ الطلب: \_\_\_\_\_  
التوقيع: \_\_\_\_\_



### معلومات المستفيد وصلة القرابة والنسبة من المبلغ المستحق

الاسم الأول	اسم الأب	اسم الجد	اسم العائلة
Beneficiary's Name	Father's Name	Grandfather's Name	Family Name
تاريخ الولادة	اليوم	الشهر	السنة
	مكان الولادة	الجنس	
نوع ورقم الوثيقة الثبوتية		الرقم الوطني أو رقم جواز السفر	
المهنة تفصيلاً			
العنوان المعتمد للمراسلات	المدينة	شارع	عمارة
	ص.ب	الرمز البريدي	الهاتف - الخلي
العنوان المعتمد للمراسلات	المدينة	شارع	عمارة
	ص.ب	الرمز البريدي	الهاتف - الخلي

### معلومات المستفيد وصلة القرابة والنسبة من المبلغ المستحق

الاسم الأول	اسم الأب	اسم الجد	اسم العائلة
Beneficiary's Name	Father's Name	Grandfather's Name	Family Name
تاريخ الولادة	اليوم	الشهر	السنة
	مكان الولادة	الجنس	
نوع ورقم الوثيقة الثبوتية		الرقم الوطني أو رقم جواز السفر	
المهنة تفصيلاً			
العنوان المعتمد للمراسلات	المدينة	شارع	عمارة
	ص.ب	الرمز البريدي	الهاتف - الخلي
العنوان المعتمد للمراسلات	المدينة	شارع	عمارة
	ص.ب	الرمز البريدي	الهاتف - الخلي

التوقيع:

/ / التاريخ: