

فرم تعیین ذینفع از سرمایه بیمه عمر / حوادث

بیمه شده گرامی ؛

ضمن آرزوی طول عمر همراه با سلامتی ، با توجه به اینکه این فرم جزء جدانشدنی بیمه نامه عمر و حوادث گروهی محسوب می شود ، خواهشمند است با دقت و حوصله نسبت به تکمیل آن اقدام فرمائید .

این فرم در صورت مخدوش نبودن و تقدم تاریخ تکمیل آن توسط بیمه شده نسبت به زمان فوت بیمه شده و تأیید آن توسط بیمه گذار معتبر شناخته خواهد شد.

| | |
|-----------------------------|---|
| بیمه نامه مشخصات | نام بیمه گذار: |
| | شماره بیمه نامه عمر گروهی: شماره بیمه نامه حوادث گروهی: |

| | |
|----------------------------|--|
| بیمه شده مشخصات | نام و نام خانوادگی: |
| | نام پدر: تاریخ تولد:/...../..... شماره شناسنامه: |
| | محل صدور شناسنامه: کد ملی: |

| | | | | | | |
|---|---|---------------------------|-----------------------|---------------|-------------------------|--------------------------------|
| مشخصات استفاده کنندگان از سرمایه بیمه (ذینفع ها) | توجه : در صورت عدم تعیین ذینفع ، درصد سهم ، مخدوش بودن نام افراد ، مشخصات شناسنامه ای ، درصد سهم ذینفع ها ، سرمایه ی بیمه بر اساس قوانین جاری جمهوری اسلامی ایران در وجه وراثت قانونی بیمه شده پرداخت خواهد شد . *مخدوش بودن به معنای هر گونه خط خوردگی ، لاک گرفتگی ، خراشیدگی ، دوباره نویسی و یا محو شدن می باشد . | | | | | |
| | <u>ردیف</u> | <u>نام و نام خانوادگی</u> | <u>شماره شناسنامه</u> | <u>کد ملی</u> | <u>نسبت با بیمه شده</u> | <u>درصد سهم از سرمایه بیمه</u> |
|  | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | درصد |
|  | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | درصد |
|  | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | درصد |
|  | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | درصد |
|  | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | درصد |
| | | | | | ۱۰۰ درصد | |

مهر و امضاء بیمه گذار:

امضاء بیمه شده:

تاریخ:/...../.....

تاریخ:/...../.....