

فرم تعیین ذینفع بیمه عمر و حوادث گروهی

بیمه شده گرامی:

ضمن آرزوی طول عمر همراه با سلامتی
با توجه به اینکه این فرم جزء لاینفک بیمه نامه عمر و حوادث محسوب می گردد، لطفاً با دقت و بدون هیچ گونه قلم خوردگی یا لاک گرفتگی نسبت به تکمیل آن اقدام فرمایید.
این فرم از تاریخ تکمیل و تحویل به شرکت بیمه نوین قابلیت اجراء دارد و هرگونه تغییر در این فرم صرفاً از طریق درخواست کتبی بیمه شده و تأیید بیمه گذار پیوست این فرم خواهد گردید.

شماره بیمه نامه شعبه / نمایندگی / کارگزار
نام بیمه گذار کد

نام و نام خانوادگی:
شماره ملی شماره شناسنامه محل تولد محل صدور نام پدر
تاریخ تولد / / ۱۳ جنسیت: مرد ☐ زن ☐ وضعیت تاهل: مجرد ☐ متاهل ☐ تلفن ثابت (با ذکر کدشهر) تلفن همراه
محل سکونت: استان شهر و آدرس
محل کار: استان شهر و آدرس کد پستی

نام و نام خانوادگی	شماره شناسنامه / کد ملی	نسبت با بیمه شده	درصد سهم	آدرس دقیق ذینفع
۱				
۲				
۳				
۴				
۵				
۶				
۷				
۸				

نکات مهم:

- در صورت عدم تکمیل و امضاء و تحویل این فرم به بیمه گر یا عدم تعیین ذینفع توسط بیمه شده؛ در صورت فوت بیمه شده قبل از سررسید بیمه نامه، سرمایه بیمه بین وراث قانونی بیمه شده به نسبت سهم الارث تقسیم می شود.
- در صورتی که میزان سهم هر یک از ذینفعان تعیین نشده باشد یا میزان سهم مخدوش باشد، سرمایه به نسبت مساوی میان آنان تقسیم خواهد شد.
- در صورت عدم حیات هریک از ذینفع (های) مندرج در جدول فوق سهم وی از سرمایه بیمه، بین سایر ذینفع ها بطور مساوی تقسیم خواهد شد.
- این فرم و مندرجات آن ملاک تقسیم سرمایه بیمه نامه عمر خواهد بود؛ مگر اینکه قبل از انقضای مدت بیمه نامه و قبل از فوت بیمه شده در اسامی و یا سهمیه آنها بصورت مکتوب تغییری حاصل شود و فرم جدید به دبیرخانه شرکت بیمه واصل و ثبت شده باشد.

تاریخ:

مهر و امضاء بیمه گذار

تاریخ تکمیل فرم:

امضاء بیمه شده