



به نام خدا

برگ تعیین استفاده کننده از سرمایه بیمه

((رشته بیمه عمر و حوادث گروهی))

این فرم می بایست توسط شخص بیمه شده تکمیل، امضاء و منقوش به اثر انگشت گردیده و سپس توسط بیمه گذار ممهور و امضاء شود و از تاریخی که به بیمه گذار ارائه می گردد معتبر شناخته خواهد شد. این فرم در سه نسخه تنظیم که هر یک دارای حکم واحد می باشد.

نام بیمه گذار:	نوع قرارداد:	عمر گروهی <input type="checkbox"/>	حوادث گروهی <input type="checkbox"/>
نام بیمه شده:			

اینجانب:	فرزند:	به شماره پرسنلی:	متولد:
و شماره شناسنامه:	صادره از:	و شماره ملی:	

بدین وسیله اعلام می نمایم که استفاده کننده / استفاده کنندگان از سرمایه بیمه اینجانب در صورت فوت، افراد مشروحه زیر می باشد / می باشند.

مشخصات استفاده کننده / کنندگان:

ردیف	نام و نام خانوادگی استفاده کننده	کد ملی	تاریخ تولد	نام پدر	نسبت استفاده کننده با بیمه شده	درصد سهم استفاده کننده از سرمایه
۱						
۲						
۳						
۴						
۵						
۶						
۷						
۸						
۹						
۱۰						

توضیحات تکمیلی:

بیمه گذار و بیمه شده محترم خواهشمند است موارد ذیل را بدقت مطالعه فرمائید.

- هرگونه تغییر بعدی در تعداد اسامی اعلام شده و یا تغییر در سهم آنان بایستی کتباً از طرف بیمه شده به بیمه گذار اعلام گردد. در غیر این صورت مندرجات این فرم ملاک تقسیم سرمایه بیمه خواهد بود.
- در صورتی که استفاده کننده / استفاده کنندگان از سرمایه بیمه تعیین نشده باشد / باشند، سرمایه بیمه بر اساس گواهی انحصار وراثت بین وراث قانونی تقسیم خواهد شد.
- در صورت مخدوش و یا نامفهوم بودن اطلاعات مندرج در فرم، عدم امضاء بیمه شده و یا عدم مهر و امضاء بیمه گذار، سرمایه بیمه نامه بر اساس گواهی انحصار وراثت بین وراث قانونی تقسیم خواهد شد.
- در صورت تصمیم به اعمال هرگونه تغییرات بعدی (اعم از تعداد، اسامی ذینفعان و یا در صد سهم) بیمه شده می بایست مجدداً نسبت به تکمیل فرم جدید اقدام نماید. فرم جدید پس از تأیید بیمه گذار ملاک تقسیم سرمایه بیمه خواهد بود. در غیر این صورت مندرجات این فرم ملاک تقسیم سرمایه بیمه خواهد بود.
- بیمه شده مختار است استفاده کننده از سرمایه بیمه و درصد سهم ایشان را در قرارداد های عمر و حادثه بصورت مجزا انتخاب نمایند.
- در صورتی که استفاده کنندگان از سرمایه بیمه تعیین، لیکن در صد سهم آنان مشخص نگردیده باشد، در صورت وقوع خسارت سرمایه بیمه به نسبت مساوی بین ایشان تقسیم خواهد شد.
- در صورت ذکر نام همسر بعنوان استفاده کننده و یا احدی از استفاده کنندگان و ذکر نسبت هم سری در ستون مربوطه، در هنگام پرداخت خسارت احراز نسبت زوجیت ملاک پرداخت خسارت خواهد بود. در غیر این صورت سهم تعیین شده به وراث قانونی بیمه شده و بر اساس گواهی انحصار وراثت تعلق خواهد گرفت.
- با تکمیل این فرم، فرم تکمیل شده ذینفع قبلی از درجه اعتبار ساقط می گردد.
- پس از درج کامل مشخصات فرد یا افراد ذینفع، ردیف های خالی جدول را با کشیدن خط ببندید.

مهر بیمه گذار:

امضاء بیمه گذار:

تاریخ:



اثر انگشت:

امضاء بیمه شده:

تاریخ: