

# فرم تعیین ذینفع از سرمایه بیمه عمر / حوادث

شرکت بیمه آرمان (سهامی عام) / فرمهای اداری  
کد فرم: ۲-۳/۱۰۱۷ پ  
تاریخ:

بیمه شده محترم

با آرزوی سلامتی برای شما و خانواده، با توجه به اینکه این فرم جزء لا ینفک بیمه نامه عمر و حوادث گروهی محسوب می شود، خواهشمند است با دقت و حوصله و بدون قلم خوردگی نسبت به تکمیل آن اقدام فرمائید.

ضمناً این فرم از تاریخی که به بیمه آرمان تحویل داده شود معتبر شناخته خواهد شد.

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

نام و نام خانوادگی :	شماره پرسنلی :
نام پدر :	شماره شناسنامه :
تاریخ تولد :	کد ملی :
محل صدور شناسنامه :	

توجه: چنانچه سهم هر یک از ذینفع ها توسط بیمه شده تعیین نشده باشد و یا مخدوش باشد، سرمایه بیمه به نسبت مساوی بین آنان تقسیم خواهد شد و در صورت عدم تعیین ذینفع و یا مخدوش بودن آن سرمایه بیمه بر اساس قوانین جاری جمهوری اسلامی ایران در وجه وراث قانونی پرداخت خواهد شد.

ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره و محل صدور شناسنامه	نسبت با بیمه شده	درصد سهم از سرمایه بیمه
.....	.....	.....	.....	درصد.....
.....	.....	.....	.....	درصد.....
.....	.....	.....	.....	درصد.....
.....	.....	.....	.....	درصد.....
.....	.....	.....	.....	درصد.....
.....	.....	.....	.....	درصد.....
.....	.....	.....	.....	درصد.....
				۱۰۰ درصد

تاریخ :

مهر و امضاء بیمه گذار

تاریخ :

امضاء بیمه شده

شرکت بیمه آرمان (سهامی عام) / فرمهای ۱۰۱۸-۳-۲ پ  
تاریخ:

ضمناً این فرم از تاریخی که به بیمه آرمان تحویل داده شود معتبر شناخته خواهد شد .

**شماره بیمه نامه:**

**شماره پرسنلی :**

**شماره شناسنامه :**

کد ملی :

**محل صدور شناسنامه :**

[illegible]

## تاریخ :

مهر و امضاء بیمه گذار

## مدارک مورد نیاز:

- ۱ - کپی تمام صفحات شناسنامه
- ۲ - کپی کارت ملی
- ۳ - کپی صفحه اول دفترچه تامین اجتماعی (در صورت دارا بودن)

## مشخصات حساب:

- ۱ - کد شعبه
- ۲ - نام بانک
- ۳ - شماره حساب
- ۴ - شماره شبا