



برگ تعیین استفاده کننده از سرمایه بیمه

شماره سند: FM-LV-12/01

تاریخ: / / ۱۳

پیوست: ندارد

صفحه: ۱ از ۱

این فرم می بایستی توسط شخص بیمه شده تکمیل و امضا و سپس توسط بیمه گذار گواهی و از تاریخی که به شرکت بیمه آرمان ارائه می گردد، معتبر شناخته خواهد شد

نام بیمه گذار: شماره قرارداد: عمر گروهی:

حوادث گروهی:

اینجانب: شماره پرسنلی: شماره شناسنامه:

صادر از: متولد:/...../..... فرزند: بدینوسیله اعلام می نمایم که

استفاده کننده / استفاده کنندگان از سرمایه بیمه اینجانب در صورت فوت، افراد مشروحه زیر می باشد

ردیف	نام و نام خانوادگی استفاده کننده	تاریخ تولد	نام پدر	نسبت استفاده کننده	درصد سهم استفاده کننده
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					
۶					
۷					

۱) هرگونه تغییر بعدی در تعداد اسامی اعلام شده و یا تغییر در سهم آنان بایستی کتباً از طرف بیمه شده و از طریق بیمه گذار به بیمه گر اعلام گردد، در غیر اینصورت مندرجات این فرم ملاک تقسیم سرمایه بیمه خواهد بود.

۲) در صورتی که استفاده کننده / استفاده کنندگان از سرمایه بیمه تعیین نشده باشد سرمایه بیمه بین وراث قانونی به نسبت سهم الارث تقسیم خواهد شد.

۳) چنانچه هرگونه اطلاعات داده شده در قسمت استفاده کننده مخدوش و یا نامفهوم باشد شرکت بیمه آرمان، سرمایه بیمه شده را به وراث قانونی (گواهی حصر وراثت) پرداخت خواهد نمود.

۴) در صورتیکه سهم استفاده کننده و یا استفاده کنندگان از سرمایه بیمه عمر از طرف بیمه شده تعیین نشده باشد ملاک قوانین ذیربط (گواهی حصر وراثت) می باشد.

*توجه: پس از درج کامل مشخصات فرد یا افراد ذینفع، ردیفهای خالی جدول را با کشیدن خط ببندید

تاریخ:

تاریخ:

تاریخ:

مهر و امضا بیمه گذار:

امضا و اثر انگشت بیمه شده:

مهر و امضا شعبه: