



## برگ تعیین استفاده کننده (ذینفع) از سرمایه بیمه

شماره سند: FM-LV-12/02

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: ..... کدملی: ..... شماره پرسنلی: ..... شماره شناسنامه: .....

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

ذینفع / ذینفعان از سرمایه بیمه اینجانب در صورت فوت، افراد مشروحه زیر می باشد:

ردیف	نام و نام خانوادگی ذینفع	کدملی	تاریخ تولد	نام پدر	نسبت ذینفع	درصد سهم ذینفع
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.

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

### تاییدات

تاریخ: امضاء و اثر انگشت بیمه شده:	تاریخ: مهر و امضاء بیمه گذار:
---------------------------------------	----------------------------------