

تاریخ:.....

شماره:.....

پیوست:.....

فرم تعیین استفاده کنندگان سرمایه بیمه نامه عمر زمانی

احتراما، اینجانب:..... نام پدر:..... به شماره شناسنامه:..... صادره از: از:..... شماره پرسنلی:..... اعلام می نمایم که اسامی استفاده کنندگان از سرمایه بیمه نامه عمر و حوادث جمعی (عمر زمانی) متعلق به اینجانب در صورت فوت به شرح زیر می باشد.

ردیف	نام و نام خانوادگی	نام پدر	شماره شناسنامه	تاریخ تولد	نسبت با استفاده کننده یا بیمه شده	سهم درصد استفاده کننده

امضاء

نام و نام خانوادگی بیمه شده

این قسمت توسط کارگزینی تکمیل می گردد:

تاریخ و امضاء

نام، مشخصات، شماره پرسنلی و صحت امضا بیمه شده مورد تایید می باشد.

تذکر:

- مجموع قدر السهم استفاده کنندگان می بایست برابر ۱۰۰٪ سرمایه بیمه باشد.
- هرگونه تغییر در تعداد و یا نام اسامی و یا درصد سهم می بایست کتبا و با درج مشخصات از طرف بیمه شده اعلام گردد. در غیر این صورت اسامی ثبت شده در این فرم ملاک تقسیم سرمایه خواهد بود.
- در صورتی که استفاده کنندگان از سرمایه کالا و یا سهم آنان از طرف بیمه شده تعیین نگردیده باشد سرمایه بین وراث قانونی و به نسبت مساوی تقسیم خواهد شد.
- سهم استفاده کنندگانی که در زمان پرداخت غرامت به سن قانونی نرسیده باشد در وجه ولی قهری و در نبود ولی قهری به حساب اداره سرپرستی دادگستری واریز می گردد، مگر آنکه شرطی توسط بیمه شده در این فرم اعلام گردد.