



فرم تعیین ذینفع

(استفاده کننده / استفاده کنندگان از سرمایه بیمه)

بیمه گذار:

شماره قرارداد:

اینجانب بیمه شده قرارداد مذکور (ردیف لیست بیمه شدگان)، بدینوسیله ذینفع سرمایه بیمه خود را در صورت فوت به شرح ذیل تعیین و اعلام می‌نمایم.

ردیف	نام و نام خانوادگی	نام پدر	تاریخ تولد	شماره شناسنامه	محل صدور	نسبت با بیمه شده اصلی	درصد سهم ذینفع از سرمایه بیمه

امضاء بیمه شده:

مهر و امضاء بیمه گذار:

تاریخ:

تاریخ:

شماره فرم: DG/FR/751/04

شماره ۱

شماره فرم بازنگری: *

تذکرات:

۱ - هرگونه تغییر بعدی در تعداد اسامی اعلام شده فوق و یا تغییر در سهم آنان می بایستی کتباً از طرف بیمه شده به سازمان ذیربط اعلام تا ضمیمه این ورقه گردد، در غیر اینصورت مندرجات این ورقه ملاک تقسیم سرمایه خواهد بود.

۲ - در صورتیکه $\frac{\text{استفاده کننده}}{\text{استفاده کنندگان}}$ از سرمایه و یا سهم آنان از طرف بیمه شده تعیین نگردیده باشد، سرمایه بیمه به نسبت مساوی بین وراث قانونی تقسیم خواهد شد.