

فرم تغییر ذینفع از سرمایه بیمه عمر / حوادث

بیمه شده گرامی؛

ضمن آرزوی طول عمر همراه با سلامتی، با توجه به اینکه این فرم جزء جدانشدنی بیمه نامه عمر و حوادث گروهی محسوب می شود، خواهشمند است با دقت و حوصله نسبت به تکمیل آن اقدام فرمائید.

این فرم در صورت مخدوش نبودن و تقدم تاریخ تکمیل آن توسط بیمه شده نسبت به زمان فوت بیمه شده و تأیید آن توسط بیمه گذار معتبر شناخته خواهد شد و ذینفع (های) مندرج در آن جایگزین ذینفع (های) قبلی خواهد شد.

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

بیمه شده مشخصات	نام و نام خانوادگی:
	نام پدر: تاریخ تولد:/...../..... شماره شناسنامه:
	محل صدور شناسنامه: کد ملی:

مشخصات استفاده کنندگان از سرمایه بیمه (ذینفع ها)	توجه: در صورت عدم تعیین ذینفع، درصد سهم، مخدوش بودن نام افراد، مشخصات شناسنامه ای، درصد سهم ذینفع ها، سرمایه ی بیمه بر اساس قوانین جاری جمهوری اسلامی ایران در وجه وراثت قانونی بیمه شده پرداخت خواهد شد. *مخدوش بودن به معنای هر گونه خط خوردگی، لاک گرفتگی، خراشیدگی، دوباره نویسی و یا محو شدن می باشد.					
	<u>ردیف</u>	<u>نام و نام خانوادگی</u>	<u>شماره شناسنامه</u>	<u>کد ملی</u>	<u>نسبت با بیمه شده</u>	<u>درصد سهم از سرمایه بیمه</u>
	.....	.....	.....	.....	.....	درصد
	.....	.....	.....	.....	.....	درصد
	.....	.....	.....	.....	.....	درصد
	.....	.....	.....	.....	.....	درصد
	.....	.....	.....	.....	.....	درصد
					۱۰۰ درصد	

مهر و امضاء بیمه گذار:

امضاء بیمه شده:

تاریخ:/...../.....

تاریخ:/...../.....