

تاریخ:

شماره:

مشخصات ذینفع بیمه نامه عمر و حوادث مکمل درمان

گواهی بیمه شده	اینجانب با آگاهی از شرایط عمومی و خصوصی بیمه نامه عمر و حوادث، مندرجات زیر را تأیید و اعلام می‌نمایم این موارد جزء لاینفک بیمه نامه قرار گیرد.
	تاریخ: امضاء:

بیمه شده مشخصات	نام: نام خانوادگی: تاریخ تولد:
	محل صدور: شماره شناسنامه: کد ملی: کد پرسنلی:

بیمه نامه مشخصات	شماره بیمه نامه عمر گروهی: شماره بیمه نامه حوادث گروهی:
	تاریخ شروع: تاریخ پایان:

نام (ذینفع ها)	مشخصات استفاده کنندگان از سرمایه بیمه	ردیف	نام و نام خانوادگی	نام پدر	شماره شناسنامه	تاریخ تولد	نسبت با بیمه شده	درصد سهم
		۱						
		۲						
		۳						
		۴						
		۵						
		۶						

تذکر ۱: در صورت فوت بیمه شده و مشخص نبودن (ذینفعان)، سرمایه بین وراث قانونی بر اساس گواهی حصر وراثت به نسبت سهم الارث تقسیم خواهد شد و چنانچه ذینفع (ان) تعیین شده باشند و میزان سهم آنها معین نباشد، سرمایه بیمه به نسبت مساوی بین ذینفع (ان) تقسیم خواهد گردید.

تذکر ۲: اعتبار این فرم جهت پرداخت غرامت فوت به ذینفع (ان)، در مدت پوشش بیمه‌ای بیمه شده، مندرج در شماره بیمه نامه‌های فوق می‌باشد و در صورت پایان مدت اعتبار بیمه نامه، این فرم از درجه اعتبار ساقط می‌گردد.

تذکر ۳: درج شماره بیمه نامه و تاریخ تکمیل فرم الزامی می‌باشد.

بیمه گذار:	تاریخ:	مهر و امضاء:
------------------	--------------	--------------------

