



حفرم شماره

۳:

تاریخ تنظیم:

بیمه ایران

تاریخ

شماره

پیوست

### فرم تعیین استفاده کنندگان از سرمایه بیمه نامه عمر زمانی

احتراماً، اینجانب ..... نام پدر ..... به شماره شناسنامه ..... صادره  
از ..... به 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 استفاده کننده یا بیمه شده	سهم درصد استفاده کننده
۱						
۲						
۳						
۴						
۵						
۶						
۷						

امضاء

نام و نام خانوادگی بیمه شده: .....

این قسمت توسط کارگزینی تکمیل می گردد.

نام و مشخصات و شماره پرسنلی و صحت امضاء بیمه شده مورد تأیید می باشد.

تاریخ: ۱۳ / / مهر و امضاء

### تذکره:

- مجموع قدرالسهم استفاده کنندگان می بایست برابر ۱۰۰٪ سرمایه بیمه باشد.
- هرگونه تغییر در تعداد و یا نام اسامی و یا درصد سهم می بایست کتباً و با درج مشخصات از طرف بیمه شده اعلام گردد در غیر اینصورت اسامی ثبت شده در این فرم ملاک تقسیم سرمایه خواهد بود.
- در صورتی که استفاده کنندگان از سرمایه کلاً و یا سهم آنان از طرف بیمه شده تعیین نگردیده باشد سرمایه بین وارث 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 آنانکه شرطی توسط بیمه شده در این فرم اعلام گردد.