

"راهنمای تکمیل کادر استفاده‌کنندگان در فرم پیشنهاد مستمری و بازنشستگی تکمیلی"

ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره ملی	تاریخ تولد	نام پدر	نسبت یا بیمه‌شده	درصد سهم	اولویت
۱							
۲							
۳							
۴							

*دریافت‌کننده مستمری فرد بیمه شده می‌باشد. تنها در صورت تضمین مدت دریافت مستمری، استفاده‌کننده آن تعیین می‌شود.

۱- چنانچه در حال حاضر در این شرکت یا شرکت دیگری بیمه زندگی برای شفا صادر گردیده و یا در جریان صدور می‌باشد نوع بیمه، سرمایه فوت، تاریخ شروع، مدت قرارداد و تاریخ شروع بیمه نامه را ذکر نمایید.

استفاده‌کنندگان

استفاده‌کنندگان در صورت فوت بیمه‌شده هم در زمان پرداخت حق‌بیمه هم در زمان دریافت مستمری در این قسمت تعیین می‌شود.

تنها استفاده‌کننده از مبلغ مستمری فرد بیمه‌شده می‌باشد. در حالتی که بیمه‌شده فوت نماید و مدت دریافت مستمری تضمین شده باشد، استفاده‌کننده از مبلغ مستمری در این قسمت قابل تعیین می‌باشد.

مشخصات کامل درج گردد در صورت عدم وجود "خیر" نوشته شود.

*نکات:

- در صورت خط خوردگی و لاک گرفتگی در این کادر، جهت ادامه صدور بیمه‌نامه بیمه‌شده می‌بایست خط خوردگی را تایید نماید.
 - در صورتیکه در زمان دریافت مستمری سرمایه فوت اخذ شود و مدت دریافت مستمری نیز تضمین شده باشد، در این حالت زمانیکه بیمه‌شده فوت نماید، سرمایه فوت به استفاده‌کنندگان فوت و مبالغ مستمری با توجه به نحوه دریافت مستمری به استفاده‌کنندگان مستمری که در فرم تعیین شده‌اند پرداخت خواهد شد.
 - تمامی ستون‌های مربوط به اطلاعات استفاده‌کنندگان می‌بایست کامل تکمیل گردد. در نظر داشته باشید مجموع سهم هر اولویت می‌بایست ۱۰۰٪ باشد.
- مثال ۱): مادر ۱۰۰٪ اولویت ۱، برادر ۱۰۰٪ اولویت ۲، خواهر ۱۰۰٪ اولویت ۳.
- مثال ۲): مادر ۴۰٪ اولویت ۱
- برادر ۳۰٪ اولویت ۱
- خواهر ۳۰٪ اولویت ۱