

فرم تعیین استفاده کننده از سرمایه بیمه عمر موضوع مصوبه ۱۵۴۶۷/ت ۲۸۹۱۶ هـ

مورخ ۱۳۸۵/۲/۱۸ هیات محترم وزیران

(این فرم می بایستی از طرف شخص بیمه شده تکمیل و امضاء و توسط اداره ذیربط در دستگاه محل خدمت مستخدم گواهی و بایگانی گردد)

اینجانب فرزند دارنده شناسنامه شماره

صادر از متولد که در دستگاه اجرایی به صورت

رسمی / غیر رسمی خدمت می کنم / بازنشسته شده ام / بدینوسیله اعلام می نمایم که استفاده کننده /

استفاده کنندگان از سرمایه بیمه عمر اینجانب در صورت فوت ، افراد مشروحه زیر می باشند :

ردیف	نام و نام خانوادگی استفاده کننده	نام پدر	نسبت استفاده کننده با بیمه شده	سهم استفاده کننده از سرمایه
۱				
۲				
۳				
۴				
۵				
۶				
۷				
۸				

تاریخ

امضاء

نام و نام خانوادگی کارمند

مورد گواهی است .

صحت امضاء آقای/خانم

(مهر و امضاء)

تاریخ

شماره

اداره

تذکرات :

۱- هر گونه 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 استفاده کننده / 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 .