

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
 صادره 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				

نام و نام خانوادگی کارمند امضاء تاریخ
 صحت امضاء آقای/خانم مورد گواهی است
 اداره شماره تاریخ (مهر و امضاء)
 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 .