

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				

نام و نام خانوادگی کارمند
صحت امضاء آقای/خانم
اداره شماره
تذکرات :

امضاء
مورد گواهی است .
تاریخ (مهر و امضاء)

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 .