



سازمان بازنشستگی کشوری

محرمانه

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

مورخ ۱۳۸۵/۲/۱۸ هیات محترم وزیران

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

اینجانب فرزندان دارنده شناسنامه شماره صادره از متولد

که در دستگاه اجرائی بصورت رسمی/غیر رسمی خدمت میکنم/بازنشسته شده ام/بدینوسیله

اعلام مینمایم که استفاده کننده / استفاده کنندگان از سرمایه بیمه عمر اینجانب در صورت فوت افراد مشروحه زیر میباشند:

ردیف	نام و نام خانوادگی	نام پدر	تاریخ تولد	کد ملی	نسبت با بیمه شده	سهم استفاده کننده
۱						
۲						
۳						
۴						
۵						
۶						
۷						

نام و نام خانوادگی کارمند / بازنشسته :

امضاء :

تاریخ :

صحت امضاء آقای / خانم :

مورد گواهی است.

نام و نام خانوادگی کارشناس تأیید کننده :

امضاء :

امضاء و مهر:

علیرضا عرب یارمحمدی

مدیر توسعه سازمان و سرمایه انسانی

شماره :

تاریخ :

تذکرات:

۱ - هر گونه تغییر بعدی در تعداد اسامی اعلام شده فوق و یا تغییر در سهم آنان میبایستی 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 عمر به نسبت مساوی بین وراث قانونی تقسیم خواهد شد.

شماره دفتر کل :

کد ملی بازنشسته :

تلفن تماس :