



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

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 فرزند دارنده شناسه شماره صادره از متولد که در

دستگاه اجرایی بصورت رسمی / غیر رسمی خدمت می کنم / 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 استفاده کننده	نام پدر	نسبت استفاده کننده با بیمه شده	سهم استفاده کننده از سرمایه
۱				
۲				
۳				
۴				
۵				
۶				
۷				

نام و نام خانوادگی کارمند امضاء تاریخ

مورد گواهی است.

صحت امضاء آقای / خانم

امضاء

نام و نام خانوادگی کارشناس تایید کننده:

دکتر علیرضا نمازی

مدیر توسعه سازمان و سرمایه انسانی

امضاء ومهر:

تاریخ:

شماره:

تذکرات:

۱- هرگونه 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 به

نسبت مساوی بین وراث قانونی تقسیم خواهد شد.