

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 / غیررسمی 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 :

- هرگونه 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 ورثه گردد . در غیر اینصورت مندرجات این ورثه ملاک تقسیم سرمایه خواهد بود .
- در صورتیکه استفاده / استفاده کنندگان از سرمایه و یا سهم آنان از طرف بیمه شده تعیین نگردیده ، باشد ، سرمایه بیمه طبق برگه انحصار وراثت بین وراث قانونی تقسیم خواهد شد .