

فرم تعیین استفاده کننده از سرمایه بیمه عمر
موضوع مصوبه ۱۵۴۶۷/ت/۵۲۸۹۱۶ مورخ ۱۳۸۵/۲/۱۸ هیئت 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: به شماره ملی: دارنده شماره شناسنامه:

صادره: متولد: که در دستگاه اجرایی بصورت رسمی/ غیر رسمی خدمت می کنم،

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				..... % درصد
۲				..... % درصد
۳				..... % درصد
۴				..... % درصد
۵				..... % درصد
۶				..... % درصد
۷				..... % درصد
۸				..... % درصد
۹				..... % درصد
۱۰				..... % درصد

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 این صورت 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 به نسبت مساوی بین وراث قانونی تقسیم خواهد شد.