

**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 )

تاریخ

۱- هر گونه تغییر بعدی در تعداد اسامی اعلام شده فوق و یا تغییری 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 وراثت قانونی تقسیم خواهد شد .