شماره پرسنلی : نام و نام خانوادگی : کدملی :

فرم تعیین استفاده کننده از سرمایه بیمه عمر موضوع مصوبه 15467/ت28916ه

مورخ 18/2/1385 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

صادره 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 |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |

نام و نام خانوادگی کارمند امضاء تاریخ

صحت امضاء آقای / خانم مورد گواهی است .

اداره شماره تاریخ (مهر و امضاء)

تذکرات :

1- 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 ورقه گردد. در غیراینصورت مندرجات این ورقه ملاک تقسیم سرمایه خواهد بود.

2- 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.

\* اینجانب ................................... درخواست دارم استفاده کنندگان از سرمایه بیمه نامه حوادث و سهم آنان نیز طبق موارد مندرج در جدول فوق باشد .

امضاء

تا21 یا 22 آذر مهلت در اس ا