جمهوری اسلامی ایران

سازمان امور اداری و استخدامی

فرم تعیین استفاده کننده از سرمایه بیمه عمر موضوع مصوبه ۵۰۲۴/ت/۲۵۳ مورخ ۱۱/۰۴/۱۳۶۷ هیات وزیران

(این فرم باید توسط شخص بیمه شده تکمیل و در پرونده پرسنلی کارگزینی بایگانی شود.)

اینجانب : فرزند : دارنده شماره شناسنامه / کارت ملی :

صادره از : متولد :

بدینوسیله اعلام می نمایم 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 | درصد سهم استفاده کننده |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |

امضای بیمه شده اصلی امضا و مهر کارگزینی

امضای بیمه شده اصلی مورد تایید است

**تذکرات:**

1. هرگونه تغییر در تعداد اسامی اعلام شده فوق در سهم آنان بایستی کتبا از طرف بیمه شده اصلی به سازمان ذیربط اعلام تا ضمیمه این ورق گردد. در غیر این صورت مندرجات این ورقه ملاک تقسیم سرمایه خواهد بود
2. در صورتی که 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.