



سازمان بازنشستگی کشوری

فرم تعیین استفاده کننده از سرمایه بیمه عمر موضوع مصوبه ت ۱۵۴۶۷/ت ۲۸۹۱۶ ه

محرمانه

مورخ ۱۳۸۵/۲/۱۸ هیات محترم وزیران

(این فرم میبایستی از طرف شخص بیمه شده تکمیل و امضاء و توسط اداره ذیربط در دستگاه محل خدمت مستخدم گواهی و بایگانی گردد)

اینجانب فرزند دارنده شناسه شماره صادره از متولد که در
دستگاه اجرایی بصورت رسمی/ غیر رسمی خدمت می کنم/ بازنشسته شده ام/ بدینوسیله

اعلام مینمایم که استفاده کننده / استفاده کنندگان از سرمایه بیمه عمر اینجانب در صورت فوت افراد مشروحه زیر میباشند:

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				

نام و نام خانوادگی کارمند امضاء تاریخ

صحت امضاء آقای/ خانم مورد گواهی است.

نام و نام خانوادگی کارشناس تایید کننده: امضاء

علیرضا عرب یارمحمدی

مدیر توسعه سازمان و سرمایه انسانی

امضاء ومهر:

شماره: تاریخ:

تذکرات:

۱- هرگونه تغییر بعدی در تعداد اسامی اعلام شده فوق و یا تغییر در سهم آنان میبایستی 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 وراث قانونی تقسیم خواهد شد.