



سازمان بازنشستگی کشوری

محرمانه

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

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 دانشگاه ایران بصورت 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 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				

تاریخ

امضاء

نام و نام خانوادگی کارمند

صحت امضاء آقای / خانم مورد گواهی است.

امضاء

نام و نام خانوادگی کارشناس تایید کننده:

دکتر محمدرضا سالاری

مدیر توسعه سازمان و سرمایه انسانی

امضاء و مهر:

تاریخ:

شماره:

تذکرات:

- 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.
- 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.