

بسمه تعالی

پیوست شماره ۲

محرمانه

تاریخ :

شماره :

پیوست :

فرم تعیین استفاده کننده از سرمایه بیمه عمر موضوع مصوبه ۵۰۲۴/ت/۲۵۳-۶۷/۴/۱۱ هیئت محترم وزیران (این فرم میبایستی از طرف شخص بیمه شده تکمیل و امضاء و توسط اداره ذیربط در سازمان گواهی و بایگانی گردد).
اینجانب دارنده شناسنامه شماره صادره از متولد فرزند بدینوسیله اعلام مینمایم که استفاده کننده / استفاده کنندگان از سرمایه عمر اینجانب در صورت فوت افراد مشروحه زیر میباشد :

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

امضاء بیمه شده

نام و نام خانوادگی بیمه شده

تاریخ

(بیمه شده) مورد گواهی است .

صحت امضاء

اداره

رئیس اداره کارگزینی

تذکرات :

۱- هرگونه تغییر بعدی در تعداد اسامی اعلام شده فوق یا تغییر در سهم آنان میبایستی کتبا " از طرف بیمه شده به سازمان ذیربط اعلام تا ضمیمه این ورقه گردد در غیر اینصورت مندرجات این ورقه 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 .

آدرس منزل :