



کد پرسنلی: _____

تاریخ تنظیم: ____/____/____

فرم تعیین استفاده کننده از سرمایه بیمه عمر موضوع مصوبه ۵۰۲۴/ت/۲۵۳ مورخ ۱۳۶۷/۴/۱۱ هیئت محترم وزیران

اینجانب _____ فرزند _____ به شماره شناسنامه _____ صادره از _____ متولد _____ / _____ / _____
 دارنده کد پرسنلی _____ و کد ملی _____ بدینوسیله اعلام می نمایم که استفاده کنندگان / استفاده کننده
 از سرمایه بیمه عمر اینجانب - در صورت فوت - پس از پرداخت هرگونه بدهی اینجانب نزد آموزش و پرورش، افراد مشروحه ذیل می باشند:

ردیف	نام و نام خانوادگی	نسبت	سهم استفاده کننده

امضاء:

تاریخ:

نام و نام خانوادگی کارمند(بیمه شده):

صحت امضای سرکار خانم / جناب آقای _____ (بیمه شده) مورد تایید است.
 مهر و امضاء مدیر آموزشگاه / مسئول واحد _____
 تاریخ: _____

امضاء مدیر - رئیس اداره / منطقه / مدیر کل

صحت مهر و امضاء مدیر آموزشگاه / مسئول واحد مورد گواهی است.

نام و نام خانوادگی:

توضیحات:

تذکرات مهم:

- هرگونه تغییر بعدی در اسامی یا سهم استفاده کنندگان می بایست در فرم جدید اعلام شود در غیر اینصورت مندرجات این ورقه ملاک عمل قرار می گیرد.
- در صورتی که اسامی استفاده کنندگان یا سهم آنان تعیین نگردیده باشد سرمایه بیمه به نسبت مساوی بین وراث قانونی تقسیم خواهد شد.
- درج مشخصات بیمه شده، تاریخ تنظیم و امضاء ضروری است و هرگونه خط خوردگی در این گزینه ها باعث ابطال فرم می شود.
- در صورت تمایل می توانید موضوع استفاده را نیز در قسمت سهم استفاده کننده تعیین کنید.
- این فرم، پس از تکمیل، محرمانه می باشد و توسط اداره ذیربط گواهی و بایگانی می گردد.