

بسمه تعالی

فرم شماره ۱۱

شماره:

تاریخ:

فرم تعیین ذی نفع

(استفاده کننده / استفاده کنندگان از سرمایه بیمه عمر)

موضوع مصوبه ی ۱۵۴۶۷/ت ۲۸۹۱۶ مورخ ۱۳۸۵/۰۲/۱۸ هیأت محترم وزیران

این فرم توسط شخص بیمه شده ی اصلی تکمیل و تأیید شده، سپس توسط اداره ی ذی ربط در دستگاه محل خدمت مستخدم گواهی و بایگانی می شود تا در موقع لزوم جایگزین گواهی حصر وراثت گردد.

مشخصات بیمه شده ی اصلی شاغل / بازنشسته دانشکده /آموزشکده، سازمان: شهر
اینجانب فرزند با کد پرسنلی کد ملی دارنده ی شماره ی
شناسنامه صادره از متولد / / ۱۳ بیمه شده ی قرارداد بیمه ی عمر که در سازمان مرکزی دانشگاه
فنی و حرفه ای به صورت شاغل رسمی ☐ قراردادی ☐ خدمت می کنم، بازنشسته می باشم ☐ بدین وسیله استفاده کننده / استفاده -
کنندگان از سرمایه ی بیمه ی عمر خود را، به شرح جدول زیر تعیین و اعلام می نمایم:

ردیف	نام و نام خانوادگی استفاده کننده	نام پدر	کد ملی	نسبت استفاده کننده با بیمه شده	درصد سهم ذی نفع از سرمایه ی بیمه ی عمر
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					

امضا و اثر انگشت بیمه شده:

این فرم توسط بیمه شده جناب آقای / سرکار خانم در تاریخ / / تکمیل و تأیید گردید.

امضا و مهر تأیید معاونت مربوطه:

تاریخ: