

شماره:

تاریخ:

فرم تعیین ذمی نفع

(استاده‌کننده / استاده‌کنندگان از سرپرستی سرپرست)

موضوع مسودگی ۱۵۴۶۷/ت ۲۸۹۱۶ مورخ ۱۸/۰۲/۱۳۸۵ بیات محترم وزیران

این فرم توسط شخص بیمه‌شده‌ی اصلی تکمیل و تأیید شده، سپس توسط اداره‌ی ذی‌ربط در دستگاه محل خدمت مستخدم گواهی و بانگانی می‌شود تا در موقع لزوم جایگزین گواهی حصر وراثت گردد.

مشخصات بیمه‌شده‌ی اصلی شاغل / بازنشسته دانشکده / آموزشکده، سازمان: شهر:
 اینجانب فرزند با کد پرسنلی کد ملی دارنده‌ی شماره‌ی
 شناسنامه صادره از متولد / / ۱۳..... بیمه‌شده‌ی فرار داد بیمه‌ی عمر که در سازمان مرکزی دانشگاه
 فنی و حرفه‌ای به صورت شاغل رسمی فرار دادی خدمت می‌کنم، بازنشسته می‌باشم بدین وسیله استفاده‌کننده / استفاده-
 کنندگان از سرمایه‌ی بیمه‌ی عمر خود را، به شرح جدول زیر تعیین و اعلام می‌نمایم:

ردیف	نام و نام خانوادگی استفاده‌کننده	نام پدر	کد ملی	نسبت استفاده‌کننده یا بیمه‌شده	درصد سهم ذی‌نفع از سرمایه‌ی بیمه‌ی عمر
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					

امضا و اثر انگشت بیمه‌شده:

این فرم توسط بیمه‌شده جناب آقای / سرکار خانم در تاریخ / / تکمیل و تأیید گردید

امضا و مهر تأیید معاونت مربوطه:

تاریخ: