

محرمانه

ورود بدفتر دانشکده پزشکی

شماره ... ۷۰۴۸

تاریخ ۱۳۹۱/۱۲/۲۷



جمهوری اسلامی ایران
سازمان امور اداری و استخدامی کشور



شماره:

تاریخ:

فرم تعیین استفاده کننده از سرمایه بیمه عمر موضوع مصوبه ۱۵۴۶۷/ت ۲۸۹۱۶ هـ مورخ ۱۳۸۵/۲/۱۸ هـ است محترم وزیران

این فرم می بایستی از طرف شخص بیمه شده تکمیل و امضاء و توسط اداره ذیربط در اداره گواهی و بایگانی شود.

اینجانب

دارای شناسنامه شماره

صادر از

متولد

فرزند

که در دستگاه اجرایی

به صورت رسمی/غیررسمی، خدمت می کنم/بازنشسته شده ام

بدین وسیله اعلام می کنم که استفاده کننده/استفاده کنندگان از سرمایه بیمه اینجانب در صورت فوت افراد مشروح زیر هستند.

ردیف	نام و نام خانوادگی استفاده کننده	نام پدر	شماره شناسنامه	محل صدور	نسبت با بیمه شده اصلی	درصد سهم استفاده کننده از سرمایه بیمه عمر
۱						
۲						
۳						
۴						
۵						
۶						
۷						
۸						

نام و نام خانوادگی بیمه شده:

امضاء:

تاریخ:

تذکرات:

- هرگونه تغییر بعدی در تعداد اسامی اعلام شده فوق یا تغییر در سهم آن، باید به طور کتبی از طرف بیمه شده به سازمان ذی ربط اعلام تا ضمیمه این ورقه گردد. در غیر اینصورت مندرجات این ورقه ملاک تقسیم سرمایه خواهد شد.
- در صورتی که استفاده کننده/استفاده کنندگان از سرمایه و یا سهم آنان از طرف بیمه شده تعیین نگردیده باشد سرمایه به نسبت مساوی بین وراث قانونی تقسیم خواهد شد.

نام بانک محل دریافت حقوق	شماره حساب	مدرک تحصیلی	شماره پرسنلی

صحت امضاء برادر/خواهر

مورد تائید این اداره می باشد.

مهر و امضاء