

فرم تعیین استفاده کننده از سرمایه بیمه عمر موضوع مصوبه ۱۵۴۶۷/ت/۲۸۹۱۶هـ

مورخ ۱۳۸۵/۲/۱۸ هیات محترم وزیران

(این فرم باید از طرف شخص بیمه شده تکمیل ، امضاء و توسط واحد محل خدمت تأیید و به مدیریت حراست ارسال گردد)
 اینجانب فرزند به کد ملی و شماره شناسنامه
 صادره از تاریخ تولد شاغل بازنشسته در دانشگاه علوم پزشکی شیراز (واحد.....)
 /بدینوسیله اعلام می نمایم که استفاده کننده / استفاده کنندگان از سرمایه بیمه عمر اینجانب در صورت فوت ، افراد
 مشروحه زیر هستند:

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				
۹				
۱۰				

تاریخ

امضاء

نام و نام خانوادگی کارمند

صحت امضاء آقای / خانم	مورد گواهی است .
نام واحد محل خدمت:	شماره
تاریخ	(مهر و امضا)

تذکرات :

- هرگونه تغییر بعدی در تعداد اسامی اعلام شده فوق و یا تغییر در سهم آنان باید به طور کتبی از طرف بیمه شده به سازمان ذیربط اعلام تا ضمیمه این ورقه گردد ، در غیر اینصورت مندرجات این ورقه ملاک تقسیم سرمایه خواهد بود.
- در صورتیکه استفاده کننده / استفاده کنندگان از سرمایه و یا سهم آنان از طرف کارمند تعیین نشده باشد سرمایه بیمه به نسبت مساوی بین وراث قانونی مندرج در گواهی انحصار وراثت تقسیم خواهد شد.