

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

مورخ ۱۳۸۵/۲/۱۸ هیات محترم وزیران

(این فرم باید از طرف شخص بیمه شده تکمیل، امضاء و توسط واحد محل خدمت تایید و به مدیریت حراست ارسال گردد)

اینجانب فرزند به کد ملی 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

مورد گواهی است.

صحت امضاء آقای / خانم

(مهر و امضا)

تاریخ

شماره

نام واحد محل خدمت:

تذکرات:

- هر گونه 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 ورثه قانونی مندرج در گواهی انحصاروراثت تقسیم خواهد شد.