

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

اینجانب خانم / آقای به شماره ملی فرزند شماره شناسنامه صادره از تاریخ تولد محل تولد که در معاونت / دانشکده / بیمارستان / شبکه بصورت رسمی / پیمانی / قرارداد انجام کار معین / مشمولین قانون کار در صحت سلامت عقل اعلام می نمایم که استفاده کننده / استفاده کنندگان از سرمایه بیمه عمر اینجانب در صورت فوت، افراد مشروحه زیر می باشند:

ردیف	نام و نام خانوادگی استفاده کننده	نام پدر	شماره ملی	نسبت استفاده کننده با بیمه شده	سهم استفاده کننده از سرمایه
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					
۶					
۷					
۸					

نام و نام خانوادگی کارمند

تاریخ

امضاء اثر انگشت

صحت امضاء آقای / خانم مورد گواهی است.

نام و نام خانوادگی مدیر مربوطه سمت تاریخ مهر و امضاء

تذکرات:

- هر گونه تغییر بعدی در تعداد اسامی اعلام شده فوق و یا تغییر در سهم آنان می بایست کتباً از طرف بیمه شده به دانشگاه / محل خدمت اعلام تا ضمیمه این ورثه گردد. در غیر اینصورت مندرجات این ورثه ملاک تقسیم سرمایه خواهد بود.
- در صورتیکه استفاده کننده / استفاده کنندگان از سرمایه و یا سهم آنان از طرف بیمه شده تعیین نگردیده باشد، سرمایه بیمه طبق برگه انحصار وراثت بین وراث قانونی تقسیم خواهد شد.