

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 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				

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

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 وراث قانونی مندرج در گواهی انحصار وراثت تقسیم خواهد شد.