**فرم تعیین استفاده کننده از سرمایه بیمه عمر**

موضوع مصوبه 15467/ت/28916ه مورخ 18/02/1385 هیات محترم وزیران

(این فرم از طرف شخص بیمه شده تکمیل و امضاء و توسط اداره ذیربط در دستگاه محل خدمت مستخدم گواهی و بایگانی گردد.)

اینجانب: فرزند: دارای شناسنامه شماره:

صادره از: متولد: که در دستگاه اجرایی **دانشگاه علوم پزشکی ایران - دانشکده پرستاری و مامایی** به صورت رسمی/ غیر رسمی خدمت می کنم/ بازنشسته شده ام. بدینوسیله اعلام می نمایم که استفاده کننده/استفاده کنندگان از سرمایه بیمه عمر اینجانب در صورت فوت، افراد مشروحه زیر می باشند:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **سهم استفاده کننده سرمایه** | **نسبت استفاده کننده با بیمه شده** | **نام پدر** | **نام ونام خانوادگی استفاده کننده** | **ردیف** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

نام و نام خانوادگی کارمند امضا تاریخ

صحت امضای آقای/ خانم مورد گواهی است.

تأیید کننده: **دکتر سکینه شریفیان** شماره: تاریخ:

**معاونت اداری و مالی دانشکده پرستاری و مامایی**

تذکرات:

1. هر گونه تغییر بعدی در تعداد اسامی اعلام شده فوق و یا تغییر در سهم آن، به طور کتبی از طرف بیمه شده به سازمان ذیربط اعلام تا ضمیمه این ورق شود. در غیر این صورت مندرجات این ورقه ملاک تقسیم سرمایه خواهد بود.
2. در صورتی که استفاده کننده/ استفاده کنندگان از سرمایه و یا سهم آنان از طرف بیمه شده تعیین نشده باشد، سرمایه بیمه به نسبت مساوی بین وراث قانونی تقسیم خواهد شد.