

فرم شماره ۳

فرم تعیین استفاده کننده از سرمایه بیمه عمر و حوادث تکمیلی شاغلین و بازنشستگان دانشگاه فردوسی مشهد

(این فرم باید از طرف شخص بیمه شده تکمیل و توسط اداره ذی ربط در دستگاه محل خدمت مستخدم، گواهی و بایگانی شود).

اینجانب فرزند دارنده شناسنامه شماره صادره از متولد
که در دستگاه اجرایی به صورت رسمی/غیر رسمی خدمت می کنم/بدین وسیله اعلام می کنم که
استفاده کنندگان از سرمایه بیمه عمر و حوادث تکمیلی اینجانب در صورت فوت، افراد مشروح 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				

تاریخ:

امضاء:

نام و نام خانوادگی کارمند:

صحت امضای آقای / خانم	مورد گواهی است.
اداره:	شماره:
	تاریخ:
	مهر و امضاء

تذکرات:

۱- هرگونه تغییر بعدی در تعداد اسامی اعلام شده فوق با تغییر در سهم آن، باید به طور کتبی از طرف بیمه شده به سازمان ذی ربط اعلام تا ضمیمه این ورق شود. در غیر این صورت، مندرجات این ورقه ملاک تقسیم سرمایه خواهد بود.

۲- در صورتی که استفاده کننده/ استفاده کنندگان از سرمایه و سهم آنان از طرف بیمه شده تعیین نشده باشد، سرمایه بیمه به نسبت مساوی بین وراث قانونی تقسیم خواهد شد.