

تاریخ :

فرم تعیین استفاده کننده از سرمایه بیمه عمر کارکنان دولت

شماره پرونده :

اینجانب فرزند دارنده شماره شناسنامه شماره ملی
 بدینوسیله 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	کد ملی	شماره شناسنامه	تاریخ تولد	نسبت استفاده کننده با بیمه شده	سهم استفاده کننده از سرمایه
۱							
۲							
۳							
۴							

آدرس محل سکونت :

کدپستی محل سکونت : تلفن منزل : تلفن همراه :

تذکرات مهم :

- هرگونه تغییر بعدی در تعداد اسامی اعلام شده قبلی و یا تغییر در سهم آنان می بایستی کتباً از طرف بیمه شده به سازمان ذیربط اعلام تا ضمیمه این ورقه گردد . در غیر اینصورت مندرجات این ورقه ملاک تصمیم سرمایه خواهد بود.
 - در صورتی که استفاده کننده / استفاده کنندگان از سرمایه و یا سهم آنان از طرف بیمه شده تعیین نگردیده باشد ، سرمایه بیمه به نسبت مساوی بین وراث قانونی تقسیم خواهد شد.
 - در صورت هرگونه تغییر در آدرس محل سکونت و شماره تماس سریعاً به اداره امور اداری ، رفاه و پشتیبانی اطلاع دهید
- علی ملکی
 سرپرست اداره امور اداری ، رفاه و پشتیبانی

نام و نام خانوادگی

امضاء متقاضی

تاریخ

اداره کل دامپزشکی استان همدان

سلام علیکم

کلیه اطلاعات مندرج فوق الذکر مورد تأیید اینجانب می باشد .

اداره امور اداری ، رفاه و پشتیبانی

سلام علیکم

با عنایت به مصوبه شماره ۵۰۲۴ / ت / ۵۳ مورخ ۱۳۷۶/۲/۱۱ هیئت محترم وزیران و با توجه به مندرجات فوق الذکر نسبت به درج در پرونده مشارالیه اقدام فرمائید .

وحید توتونچیان

معاون توسعه مدیریت و منابع

همدان - بلوار آیت الله رفسنجانی - مقابل جهاد کشاورزی شهرستان همدان - اداره کل دامپزشکی استان همدان

کدپستی ۱۸۱۸۳-۶۵۱۹۶

تلفن : ۰۸۱-۳۲۶۵۱۸۰۱-۴

دورنگار : ۰۸۱-۳۲۶۵۱۷۱۷