

بسمه تعالی
صدا و سیمای جمهوری اسلامی ایران

استفاده کنندگان از سرمایه بیمه عمر اینجانب بشماره
کارمندی کارمند واحد / مرکز در
صورت فوت افراد ذیل می باشد.

لیست استفاده کنندگان بیمه عمر

ردیف	نام نام خانوادگی	نسبت با کارمند	توضیحات (نسبت سهم)
۱			
۲			
۳			
۴			
۵			

شماره تلفن	آدرس محل سکونت

امضاء
تاریخ

نکته : خواهشمند است کارکنان رسمی دائم ، آزمایشی ، رسمی پیمانی ، روز مزد دائمی
رسمی این فرم را پس از تکمیل ، از طریق امور عمومی یا اداری واحد / مرکز به اداره کل
امور اجتماعی و رفاهی سازمان _ امور بیمه ارسال فرمایند.