

بسمه تعالی

«بیستمین سالگرد تاسیس سازمان سما گرامی باد»

معاون محترم دانشگاه و رئیس مرکز

آموزشی و فرهنگی سما واحد ...

موضوع: تمدید قرارداد بیمه عمر

کارکنان و اعضاء هیات علمی

کمیته بررسی
بخشنامه ها و دستورالعملهای سازمان

واحد آموزشی

واحد دانشگاهی

دبیرخانه های مناطق

معاونت سما

آموزشگاه ها

مدارس

سلام علیکم؛

احتراماً تصویر بخشنامه شماره ۴۷/۴۴۸۹۳۰ مورخ ۹۰/۱۲/۱ ریاست محترم

دانشگاه آزاد اسلامی به پیوست ارسال می گردد. خواهشمند است با عنایت به اینکه

عضویت کلیه کارکنان و اعضاء هیات علمی تمام وقت رسمی و قراردادی در صندوق

بیمه عمر کارکنان دانشگاه الزامی می باشد نسبت به پرداخت حق بیمه جهت

بهره مندی از تعهدات صندوق برابر مفاد آئین نامه اقدام شود. اش/۹۰/۱۲/۱۶

هوشنگ مکتبی
معاون پشتیبانی

لحم تدلی

اسرار محرم اداری

لطفاً دستخط نموده بر روی نامه اقدام فرمایید

۹۰/۱۲/۱۸

115736

دانشگاه آزاد اسلامی مشهد - حوزه معاونت سما
ثبت اتوماسیونی اداری

۱۳۹۰/۱۲/۱۸

شماره: ۴/۱۵۱۳۳

کسب فعال

مدیریت منابع انسانی

باسلام

لطفاً به اطلاع تمام همکاران رسانده شود

مادر لر ۹۱

۹۰/۱۲/۱۸

سایت

هوشنگ

گرفتار بندهام به:

مدیران محترم (روابط عمومی)

مدیران محترم آموزشگاه

ارسال می گردد. خواهشمند است دستور فرمایید

همکاران محترم اقدامات لازم جهت پرداخت حق بیمه

معمولاً تا تاریخ ۱۸/۱۲/۹۰ (در صورت نیاز) به

بالتکلیف واریز فرمایند به حقه معین (لحم)

خانم

با احترام و تشکر
۹۰/۱۲/۲۲

نشانی: تهران، ولنجک پلوار
دانشجو، خیابان البرز یکم
سازمان سما
صندوق پستی:

۱۹۳۹۵-۴۳۶۲
تلفن: ۲۲۱۷۴۳۲۷-۳۰
فاکس: ۲۲۴۲۶۱۸۱
WEB: WWW.SAZMAN-SAMA.COM
E-MAIL: INFO@SAZMAN-SAMA.COM



بسمه تعالی

«بیستمین سالگرد تاسیس سازمان سما گرامی باد»

معاون محترم دانشگاه و رئیس مرکز

آموزشی و فرهنگی سما واحد ...

موضوع : تمدید قرارداد بیمه عمر

کارکنان و اعضاء هیات علمی

کمیته بررسی
بخشنامه ها و دستورالعملهای سازمان
واحد تهران

☐	واحد دانشگاهی
☐	دبیرخانه های مناطق
☐	معاونت سما
☐	آموزشکده ها
☐	مدارس

سلام علیکم؛

احتراماً تصویر بخشنامه شماره ۴۷/۴۴۸۹۳۰ مورخ ۹۰/۱۲/۱ ریاست محترم دانشگاه آزاد اسلامی به پیوست ارسال می گردد . خواهشمند است با عنایت به اینکه عضویت کلیه کارکنان و اعضاء هیات علمی تمام وقت رسمی و قراردادی در صندوق بیمه عمر کارکنان دانشگاه الزامی می باشد نسبت به پرداخت حق بیمه جهت بهره مندی از تعهدات صندوق برابر مفاد آئین نامه اقدام شود. اش/ش ۹۰/۱۲/۱۶

هوشنگ مکتبی

معاون پشتیبانی

نشانی : تهران ، ولنجک بلوار
دانشجو ، خیابان البرز یکم ،
سازمان سما
صندوق پستی :

۱۹۳۹۵-۴۳۶۳

تلفن : ۲۲۱۷۴۲۲۷-۳۰

فاکس : ۲۲۴۲۶۱۸۱

WEB:

WWW.SAZMAN-SAMA.COM

E-MAIL:

INFO@SAZMAN-SAMA.COM

115736



بسمه تعالی

«بیستمین سالگرد تاسیس سازمان سما گرامی باد»

معاون محترم دانشگاه و رئیس مرکز

آموزشی و فرهنگی سما واحد ...

موضوع : تمدید قرارداد بیمه عمر

کارکنان و اعضاء هیات علمی



سلام علیکم؛

احتراماً تصویر بخشنامه شماره ۴۷/۴۴۸۹۳۰ مورخ ۹۰/۱۲/۱ ریاست محترم دانشگاه آزاد اسلامی به پیوست ارسال می گردد . خواهشمند است با عنایت به اینکه عضویت کلیه کارکنان و اعضاء هیات علمی تمام وقت رسمی و قراردادی در صندوق بیمه عمر کارکنان دانشگاه الزامی می باشد نسبت به پرداخت حق بیمه جهت بهره مندی از تعهدات صندوق برابر مفاد آئین نامه اقدام شود. /ش/۹۰/۱۲/۱۶

هوشنگ مکتبی
معاون پشتیبانی
۲۵/۳۷۲ ۱۱/۴
۱۳۹۰/۱۲/۱۷
رونوشت :

- معاونین محترم سازمان
- مدیر کل محترم امور مالی جهت اقدام در ستاد
- اداره کل جذب و استخدام نیروی انسانی
- دبیر کمیته بیمه و رفاه سازمان سما جهت اطلاع و اقدام لازم
- بایگانی

نشانی : تهران ، ولنجک بلوار
دانشجو ، خیابان البرز یکم ،
سازمان سما
صندوق پستی :

۱۹۳۹۵-۴۳۶۳

تلفن : ۲۲۱۷۴۲۲۷-۳۰

فاکس : ۲۲۴۲۶۱۸۱

WEB:

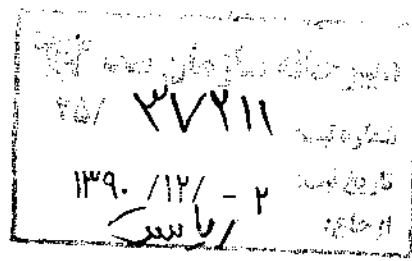
WWW.SAZMAN-SAMA.COM

E-MAIL:

INFO@SAZMAN-SAMA.COM

115736

شماره: ۹۰/۱۲/۱
تاریخ: ۴۷/۴۴۸۹۲
پیش: ۱۳۹۰/۱۲/۲
باسمه تعالی



دانشگاه آزاد اسلامی
سازمان مرکزی



بخشنامه به رؤسای مناطق، واحدها و مراکز آموزشی دانشگاه آزاد اسلامی

موضوع: تمدید قرارداد بیمه عمر کارکنان و اعضای هیأت علمی

انجام شد

۱۹۲

پیرو بخشنامه‌ی شماره‌ی ۴۷/۴۹۶۵۵۹ مورخ ۸۹/۱۲/۱۵ بدین وسیله قرارداد بیمه عمر کارکنان و

اعضای هیأت علمی موضوع بخشنامه فوق‌الذکر برای مدت یکسال دیگر تمدید می‌گردد.

مقتضی است واحدهای دانشگاهی و دبیرخانه‌های مناطق حداکثر تا تاریخ ۹۱/۱/۳۱ نسبت به واریز

حق بیمه کلیه اعضاء اقدام و تصویر حواله واریزی را به همراه فهرست اسامی کارکنان متقاضی در قالب لوح

نشرده به اداره کل امور رفاهی ارسال نمایند.

ضمناً برای افرادی که در سنوات گذشته عضویت خود را با تکمیل فرم مربوطه اعلام نموده‌اند نیازی

به درخواست مجدد نبوده و فقط کارکنانی که تمایل به تغییر نام ذینفعان سرمایه دارند می‌بایست فرم عضویت

را مجدداً تکمیل نمایند.

رعایت حسن اجرای بخشنامه به عهده‌ی رئیس و معاون اداری و مالی واحدهای دانشگاهی خواهد بود. ح. ۱۱۳۸۸

دکتر عبدالله جاسبی

رئیس دانشگاه آزاد اسلامی

جاسبی

۱۳۹۰/۱۲/۲

بجای

ف. اقدام

۱۳۹۰/۱۲/۲



بخشنامه به رؤسای مناطق، واحدها و مراکز آموزشی دانشگاه آزاد اسلامی

موضوع: تمدید قرارداد بیمه عمر کارکنان و اعضای هیأت علمی

پیرو بخشنامه‌ی شماره‌ی ۴۷/۵۸۵۹۷ مورخ ۸۹/۲/۱۹ بدین وسیله قرارداد بیمه عمر کارکنان و اعضای هیأت علمی موضوع بخشنامه فوق‌الذکر برای مدت یکسال دیگر تمدید می‌گردد.

مقتضی است واحدهای دانشگاهی و دبیرخانه‌های مناطق حداکثر تا تاریخ ۹۰/۱/۳۱ نسبت به واریز حق بیمه کلیه اعضاء اقدام و تصویر حواله واریزی را به همراه فهرست اسامی کارکنان متقاضی در قالب لوح فشرده به مدیریت امور رفاهی ارسال نمایند.

ضمناً برای افرادی که در سنوات گذشته عضویت خود را با تکمیل فرم مربوطه اعلام نموده‌اند نیازی به درخواست مجدد نبوده و فقط کارکنانی که تمایل به تغییر نام ذینفعان سرمایه دارند می‌بایست فرم عضویت را مجدداً تکمیل نمایند.

رعایت حسن اجرای بخشنامه به عهده‌ی رییس و معاون اداری و مالی واحدهای دانشگاهی خواهد بود. تب ۱۱/۲/۲۱

دکتر عبدالله جاسبی

رئیس دانشگاه آزاد اسلامی
جاسبی

۵۵۹ ۴۹۶ ۵۷
۱۵-۱۲-۸۹

رونوشت:

- * معاونان و مشاوران دانشگاه
- * اداره‌ی کل امور مالی دانشگاه
- * ادارات داخلی سازمان مرکزی
- * مدیریت امور رفاهی



باسمه تعالی

بخشنامه به کلیه مناطق، واحدها و مراکز آموزشی دانشگاه آزاد اسلامی

موضوع: آئین نامه صندوق بیمه عمر کارکنان و اعضای هیات علمی

به پیوست آئین نامه صندوق بیمه عمر به شرط فوت و از کارافتادگی دائم کارکنان دانشگاه آزاد اسلامی و نمونه برگ های مربوطه در ۷ صفحه ارسال می گردد. مقتضی است ضمن مطالعه دقیق آئین نامه و رعایت ضوابط تعیین شده مراتب به نحو مقتضی به اطلاع کلیه کارکنان و اعضای هیات علمی دانشگاه رسانده شود.

رعایت حسن اجرای مفاد آئین نامه بر عهده رئیس و معاون اداری و مالی واحدهای دانشگاهی خواهد بود.

دکتر عبدالله جاسبی

رئیس دانشگاه آزاد اسلامی

جاسبی

۷۱/۵۸۵۹۷
۸۹/۲/۱۹

رونوشت:

• معاونان و مشاوران دانشگاه

• کایه ادارات داخلی

• مدیریت امور رفاهی



باسمه تعالی

آئین نامه صندوق بیمه عمر به شرط فوت و از کار افتادگی دائم کارکنان دانشگاه آزاد اسلامی

به استناد بند «ج» ماده ۱۲ اساسنامه دانشگاه آزاد اسلامی (مصوب شورای عالی انقلاب فرهنگی) و ماده ۱۷ آئین نامه استخدامی کارکنان دانشگاه آزاد اسلامی مصوب ۷۱/۱/۲۵ هیات امنا، صندوق بیمه عمر به شرط فوت و از کار افتادگی کارکنان دانشگاه آزاد اسلامی طبق ضوابط و شرایط مندرج در این آئین نامه می باشد.

ماده ۱- افراد واجد شرایط عضویت در طرح، حق بیمه و نحوه پرداخت آن:

افراد واجد شرایط:

۱/۱- عضویت کلیه کارکنان و اعضای هیات علمی تمام وقت رسمی و قراردادی در صندوق بیمه عمر کارکنان دانشگاه الزامی است. (عضویت مراکز آموزشی و سما هر واحد دانشگاهی صرفاً از طریق واحد متبوع قابل قبول بوده و پذیرش عضویت به صورت مجزا امکانپذیر نمی باشد).

تبصره:

حد کثر سن مشمول طرح بیمه عمر دانشگاه ۷۰ سال می باشد و افراد بالاتر از سن مذکور نمی توانند تحت پوشش قرار گیرند.

عضویت:

۱/۲- کلیه مشمولین این طرح باید نسبت به تکمیل نمونه برگ درخواست پوشش عمر متضمن قبول شرایط و تعهدات مربوط (نمونه شماره ۴۷/۱۲۶ پیوست) به طور کامل و دقیق اقدام کنند.

حق بیمه:

۱/۳- حق بیمه ماهانه برای هر یک از اعضاء اعم از کارمند یا هیات علمی معادل ۲۰/۰۰۰ ریال می باشد که مبلغ ۱۰/۰۰۰ ریال، آن توسط واحد دانشگاهی مربوط و ۱۰/۰۰۰ ریال بقیه ماهانه از حقوق و مزایای متقاضی کسر می شود. این وجوه به هیچ وجه قابل استرداد نمی باشد.

۱/۴- به منظور تأمین نقدینگی صندوق جهت انجام به موقع تعهدات و پرداخت خسارات، واحدهای دانشگاهی مکلفانند کلیه حق بیمه سالانه اعم از سهم کارمند و سهم دانشگاه را یکجا طی یک فقره حواله حداکثر تا پایان اردیبهشت ماه به حساب جام شماره ۷۲۰۳۹۵۲۹/۹۴ به نام صندوق بیمه عمر کارکنان دانشگاه آزاد اسلامی نزد بانک ملت شعبه گستان پاسداران کد شعبه ۶۵۵۷/۳ واریز و نسخه ای واضح و خوانا از حواله پرداختی را به همراه فهرست بیمه شدگان (نمونه برگ تکمیل شده شماره ۴۷/۱۲۷ پیوست) صرفاً در قالب لوح فشرده برای مدیریت امور رفاهی دانشگاه ارسال کنند.



۱/۵- حق بیمه سهم کارکنان باید به صورت ماهانه از حقوق و مزایای آنان کسر شود و کسر یکجا غیرقابل قبول می باشد.
۱/۶- در صورت عدم واریز به موقع حق بیمه و ارسال لوح فشرده، جبران خسارت های احتمالی مستقیماً به عهده مسئولان مربوط بوده و صندوق بیمه عمر کارکنان دانشگاه در پرداخت خسارت تعهدی نخواهد داشت.

۱/۷- پس از ارسال صورت اسامی، فقط عضویت کارکنان جدیدالاستخدام با اعلام واحد مربوط پذیرفته خواهد شد.
۱/۸- عضویت مشمولان این طرح با قطع رابطه استخدامی آنان با دانشگاه که تاریخ دقیق آن توسط واحد به صندوق اعلام می شود، منتهی خواهد شد.

۱/۹- افرادی که از مرخصی بدون حقوق استفاده می کنند در طول مرخصی مشمول استفاده از مزایای این صندوق نمی باشند.

۱/۱۰- چنانچه تاریخ واریز حق بیمه به حساب بانک بعد از تاریخ فوت یا از کارافتادگی کارمند باشد صندوق بیمه عمر کارکنان دانشگاه هیچگونه تعهدی مبنی بر پرداخت سرمایه فوت یا از کارافتادگی ندارد.

ماده ۲- تعهدات صندوق و سرمایه بیمه:

در صورت فوت یا از کارافتادگی دائم که موجب قطع همکاری عضو با دانشگاه شود مبلغ یکصد میلیون ریال به ذینفع یا وراث قانونی یا شخص عضو پرداخت خواهد شد.

تبصره ۵:

الف) خسارت از کارافتادگی دائم با تعیین شورای عالی بیمه، سازمان تأمین اجتماعی و نظریه پزشکی قانونی مبنی بر پایان دور درمان و همچنین تأیید مدیریت امور رفاهی دانشگاه قابل پرداخت است.

ب) چنانچه در آینده تغییری در شرایط قرارداد بیمه عمر زمانی داده شود مراتب بصورت الحاقیه به واحدها ابلاغ خواهد شد.

ماده ۳- مدت قرارداد:

تاریخ شروع قرارداد از ابتدای هر سال می باشد و برای طول خدمت تداوم دارد و واحدها مکلفاند در ابتدای هر سال نسبت به واریز حق بیمه یکساله اعم از سهم کارمند و دانشگاه بابت کلیه کارکنان و اعضای هیأت علمی مشمول این طرح با رعایت مفاد این آئین نامه اقدام کنند.

ماده ۴- ذینفع یا استفاده کنندگان از سرمایه:

۴/۱- بیمه شده در زمان ثبت نام با تکمیل درخواست عضویت بیمه عمر (نمونه برگ شماره ۴۷/۱۲۶) افراد ذینفع سرمایه مورد بیمه را به صورت دلخواه به طور دقیق تعیین می کند که این نمونه برگ باید تا پایان مدت قرارداد در بایگانی واحد و پرونده شخص ملحوظ و نگهداری شود.



۴/۲- تغییر استفاده کننده و یا افراد ذینفع سرمایه مورد بیمه در صورتی قابل قبول است که بیمه شده مراتب را با تنظیم مجدد نمونه برگ شماره ۴۷/۱۲۶ اعلام داشته و پس از تأیید واحد و ثبت در دفتر واحد دانشگاهی نسبت به ابطال نمونه برگ قبلی اقدام و نمونه جدید در پرونده مربوط ضبط شود.

۴/۳- در صورت تعیین سهم ذینفعها توسط بیمه شده، سرمایه بیمه به نسبت تعیین شده توسط عضو بین آنان تقسیم خواهد شد و چنانچه ذینفع تعیین نشده باشد سرمایه بیمه بر اساس قوانین جاری کشور به وراث قانونی وی پرداخت می گردد.

ماده ۵- نحوه بررسی خسارات:

۵/۱- برای پرداخت خسارات بیمه عمر در کلیه واحدها کمیته ای مرکب از ریاست واحد بعنوان رئیس کمیته، معاونت اداری و مالی و معاونت دانشجویی به عنوان اعضای کمیته و دبیر کمیته بیمه و رفاه تشکیل می شود که این کمیته ضمن هماهنگی با مدیریت امور رفاهی و رعایت ضوابط مربوط مسئول بررسی مدارک و تأیید خسارت پرداختی با در نظر گرفتن شرایط این آئین نامه می باشد.

۵/۲- بیمه شده یا ذینفع آن باید حداکثر ظرف مدت یک ماه پس از بروز خسارت ناشی از تحقق خطر موضوع بیمه اعم از فوت، یا از کارافتادگی دائم نسبت به اعلام و ذکر مراتب همراه با ارائه اصل مدارک ذیل که با توجه به نوع خسارت تهیه می شود و همچنین تکمیل نمونه برگ درخواست خسارت (شماره ۴۷/۱۲۸ پیوست) جهت بررسی به واحد مربوط اقدام کند.

مدارک مورد نیاز در صورت فوت:

۱- گزارش نیروی انتظامی و کروکی راهنمایی و رانندگی (کروکی فقط در موارد تصادفی)
۲- گزارش معاینه جسد و جواز دفن صادره توسط سازمان پزشکی قانونی (در موارد فوتی داخل بیمارستان ارائه مدارک بیم رستانی دال بر فوت)

۳- گواهی فوت صادره توسط اداره ثبت احوال و تصویر شناسنامه باطل شده متوفی

۴- آخرین حکم استخدامی و اصل حکم خروج از خدمت

۵- آخرین فیش حقوقی با ذکر کسور بیمه عمر

۶- اصل نمونه برگ های ۴۷/۱۲۶ و ۴۷/۱۲۸ تکمیل شده

۷- گواهی انحصار وراثت در صورت عدم تعیین ذینفع

مدارک مورد نیاز در صورت از کارافتادگی:

۱- اصل نظریه کمیسیون پزشکی سازمان تامین اجتماعی یا برابر اصل شده توسط دادگستری

۲- گواهی صادره سازمان تامین اجتماعی مبنی بر پایان درمان و اعلام از کارافتادگی دائم.



۳- آخرین حکم استخدامی و اصل حکم خروج از خدمت

۴- آخرین فیش حقوقی با ذکر کسور بیمه عمر

۵- اصل نمونه برگ های ۴۷/۱۲۶ و ۴۷/۱۲۸ تکمیل شده

۴/۱- واحد مربوط پس از بررسی خسارت و اطمینان از صحت و کامل بودن مدارک و تایید امور کارکنان و امور مالی باید نسبت به طرح در کمیته بیمه و رفاه واحد اقدام نماید.

۴/۲- کمیته بیمه و رفاه واحد باید پس از بررسی دقیق مدارک و اظهار نظر، نمونه برگ درخواست خسارت را منضم به کلیه مدارک اشاره شده در بند ۵/۲ با اعلام شماره حساب جام واحد جهت بررسی و تایید نهایی برای مدیریت امور رفاهی سازمان مرکزی دانشگاه ارسال کند.

۴/۳- مهلت ارسال مدارک برای سازمان مرکزی توسط واحد حداکثر ۳ ماه پس از بروز خسارت می باشد.

۴/۴- مسئولیت بررسی و رسیدگی به مدارک متقاضی و تایید صحت و تطبیق آن با شرایط و تعهدات صندوق مستقیماً به عهده کمیته بیمه و رفاه واحد بوده ولی به هر صورت پرداخت نهایی پس از تصویب مدیریت امور رفاهی سازمان مرکزی می باشد.

۴/۵- مسئولیت پرداخت خسارت در شرایطی که مدارک بعد از مهلت مقرر برای سازمان مرکزی ارسال شود یا بنا به دلایلی خارج از ضوابط اعلام شده باشد به عهده مسئولان اقدام کننده در واحد بوده و صندوق بیمه عمر دانشگاه در قبال آن تعهدی ندارد.

ماده ۶- استثنائات:

چند نکته تحقق خطر موضوع بیمه ناشی از موارد ذیل باشد صندوق بیمه عمر دانشگاه تعهدی برعهده نخواهد داشت.

۱/۱- اقدام به خودکشی توسط بیمه شده و یا فوت ناشی از استعمال مواد مخدر و مشروبات الکلی.

۱/۲- در صورتی که ذی نفع (ذی نفعان) طبق رأی قطعی صادره از مراجع قضایی به طور عمدی موجب قتل بیمه شده شوند از دریافت سرمایه محروم خواهند شد، ولی اگر یکی از استفاده کنندگان موجب قتل شده باشد فقط همان استفاده کننده از دریافت سهم محروم خواهد شد.

۱/۳- اظهارات خلاف واقع یا هر گونه سوءنیت و تقلب و تبانی توسط بیمه شده یا استفاده کنندگان سرمایه بیمه در صورت اثبات.

۱/۴- ارتکاب بیمه شده به اعمال مجرمانه اعم از مباشرت، مشارکت و معاونت در جرم.

ماده ۷- موارد ذکر نشده:

کلیه مواردی که در این آیین نامه ذکر نشده است مشمول ضوابط بیمه مرکزی می باشد.

♦ بیمه شدهء موظف است شخصاً به طور دقیق موارد ذیل را تکمیل کند:

◆ نمونه بزرگ تکمیل شده پایستی در پایگانی واحد به صورت محفوظ نگهداری شود.

جدول پیرشش های پزشکی

آیا به بیماری های زیر دچار بوده و یا هستید؟ جواب خود را با علامت (x) در ستون مربوط مشخص کنید.

ردیف	بیماری	بله	خیر	ردیف	بیماری	بله	خیر	ردیف	بیماری	بله	خیر
۱	قلب			۷	تومور			۱۳	داخلی و غدد		
۲	فشارخون			۸	مغز و اعصاب			۱۴	گوارش و هاضمه		
۳	دیابت			۹	ریه و تنفس			۱۵	سایر بیماریها		
۴	اعتیاد			۱۰	قلب و مجاری			۱۶	حادثه و مصدومیت		
۵	ایمن			۱۱	خونی			۱۷	نواقص جسمی و عضوی		
۶	سرطان			۱۲	استخوان و مفاصل			۱۸	بیماری خانوادگی و ارثی		

در صورت نیاز به توضیح موارد فوق ویا موارد دیگر و سابقه جراحی های قبلی لطفاً به صورت مشروح اعلام فرمائید.

به کدامیک از ورزشها می‌پردازید؟

آیا اشتغال شما به ورزش جنبه حرفه‌ای دارد؟ ☐ بله ☐ خیر

در حال حاضر پیشنهاد بیمه عمر در جریان صدور و یا بیمه عمر حوادث انفرادی دیگری دارید؟ بله ☐ خیر ☐

در صورت مثبت بودن جدول زیر را تکمیل فرمائید.

نوع بیمه	سرمایه بیمه	نام شرکت

ذینفعان سرمایه در صورت فوت بیمه شده

ردیف	نام و نام خانوادگی	نام پدر	شماره شناسنامه	تاریخ تولد	نسبت استفاده کننده با بیمه شده	درصد استفاده از سرمایه عمر

بدین وسیله اینجانب با اطلاع از کلیه مقررات و ضوابط مربوط به این نوع پوشش بیمه‌ای، تعهد می‌نمایم که کلیه اطلاعات و مطالب مندرج در کمال حسن نیت، رضایت و به طور صحیح اعلام شده و تقاضا دارم نسبت به پوشش بیمه‌ای اقدام و حق بیمه متعلقه را از حقوق ماهانه اینجانب کسر و برداشت کنند.

اثر انگشت:

امضاء بیمه شده:

تاریخ:

بدین وسیله گواهی می‌شود که این نمونه برگ توسط بیمه شده خانم/آقای در حضور خانم/آقای دبیر کمیته بیمه و رفاه واحد امضاء شده است.	
امضاء:	تاریخ:

نمونه برگ درخواست خسارت بیمه عمر به شرط فوت و از کارافتادگی دائم کارکنان دانشگاه

نسخه اول: سازمان مرکزی

نسخه دوم: کمیته بیمه و رفاه واحد

نسخه سوم: شماره ۳۷۸/۸۸

تکمیل شود - توسط بیمه شده یا ذینفع	اینجانب آقای/خانم بیمه شده / ذینفع پوشش بیمه عمر به شرط فوت و از کارافتادگی دائم براساس نمونه برگ درخواست عضویت تکمیل شده در ابتدای قرار داد و با ارائه مدارک مورد نیاز کمیته بیمه و رفاه واحد تقاضای دریافت سرمایه موضوع پوشش مذکور را به مبلغ (ریال) دارم. تاریخ: امضاء:
مستوی توسط امور مالی واحد تکمیل شود - مضمحل مبلغ واریزی به حساب	حق بیمه آقای/خانم موضوع بخشنامه شماره مورخ هر ماه از حقوق و مزایای نامبرده کسر و طی حواله شماره مورخ به حساب جاری دانشگاه واریز و ارسال شده است. مهر و امضاء: تاریخ:
تایید کمیته بیمه و رفاه واحد	این کمیته بنا به درخواست فوق پس از بررسی کامل مدارک و مستندات و تطبیق آن با مفاد و تعهدات آئین نامه با پرداخت خسارت فوت/از کارافتادگی دائم به علت (به حروف) ریال) به آقای/خانم بیمه شده/ذینفع پوشش بیمه عمر زمانی مواظقت می کند که پس از تایید سازمان مرکزی قابل پرداخت می باشد. امضای اعضای کمیته بیمه و رفاه واحد : مهر واحد
تایید مدیر امور رفاهی دانشگاه و معاونت مالی و امور رفاهی	سازمان مرکزی - مدیریت امور رفاهی دانشگاه خواهشمند است دستور فرمایید نسبت به حواله وجه مذکور به حساب جام شماره این واحد نزد بانک اقدام فرمایند. مهر و امضاء: تاریخ:
تایید هیئت مدیره	اداره کل امور مالی نظر به این که کمیته پرداخت خسارت سازمان مرکزی پس از بررسی مدارک ارائه شده با پرداخت مبلغ (به حروف) ریال) بابت خسارت پوشش بیمه عمر مواظقت کرده . خواهشمند است دستور فرمایید نسبت به صدور حواله وجه مذکور به حساب جاری اعلام شده فوق توسط واحد اقدام شود . معاون هماینگی دانشگاه معاون اداری و مالی دانشگاه مدیر امور رفاهی دانشگاه امضاء امضاء امضاء

توسط مورد مالی باشد تشفیل چک صادره	چک شماره (به حروف آقای/خانم مورخ عهده بانک ریال) در وجه آقای/خانم صادر شد. به مبلغ ریال بابت خسارت بیمه عمر امضاء: تاریخ:
اعلام وصول خسارت توسط ذینفع	این جانب بیمه شده/ذینفع پوشش بیمه عمر آقای/خانم بدین وسیله ضمن اعلام رضایت وصول چک شماره مبلغ ریال (به حروف: را اعلام می دارد: امضاء: تاریخ: اثر انگشت: به عهده بانک ریال (بابت تسویه خسارت مربوط