



۱۳۹۷؛ سال حمایت از کالای ایرانی

همکاران محترم پیشکسوت

باسلام و احترام؛

به استناد قرارداد بیمه عمر و حادثه برای بازنشستگان صنعت آب و برق کشور و به منظور تعیین استفاده کنندگان از بیمه عمر مذکور خواهشمند است نسبت به تکمیل فرم ذیل بدون هیچ گونه قلم خوردگی یا لاک گرفتگی به همراه ثبت اثرانگشت و امضاء اقدام و حداکثر تا تاریخ ۹۷/۰۸/۱۵ جهت ارائه به بیمه دی به این دفتر ارسال فرمائید.

شایان ذکر است جهت اطلاع از قرارداد مذکور سایت شرکت به آدرس و مسیر ذیل معرفی می گردد:

ویژه همکاران پیشکسوت → ویژه همکاران → www.semepd.ir

بامداد یغمائی
سرپرست دفتر منابع انسانی

✂

فرم تعیین استفاده کنندگان از بیمه عمر و حوادث - بازنشستگان شرکت توزیع نیروی برق استان سمنان

اینجانب ----- به شماره ملی ----- بازنشسته شرکت توزیع نیروی برق استان سمنان در کمال سلامت عقل، اعلام می دارم در صورت فوت و یا نقص عضو مبلغ سرمایه بیمه نامه عمر و حوادث اینجانب به شماره ۱۳۹۷/۱۴/۳۰۱۴۶۴۴ نزد شرکت بیمه دی در سال ۹۸-۱۳۹۷ براساس درصد سهم اعلامی به افراد قید شده در لیست ذیل پرداخت گردد.

ردیف	نام و نام خانوادگی	نسبت	کد ملی	شماره شناسنامه	درصد سهم
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					
۶					
۷					

نام و نام خانوادگی

امضاء

اثرانگشت

تاریخ

--	--	--	--

نشانی: سمنان - شهرک گلستان - بلوار کاشف - نبش میدان الغدیر - کد پستی: ۳۵۱۹۸-۶۳۱۱۶

تلفن: ۰۲۳-۳۳۴۳۵۱۶۰-۹ فکس: ۰۲۳-۳۳۴۳۵۱۷۲ وب سایت: www.semepd.ir ایمیل دبیرخانه ستاد: info@seed.co.ir