

فرم درخواست برقراری مستمری بازماندگان بر اساس سنوات پراخت حق بیمه

موضوع قانون " قانون تعیین تکلیف تامین اجتماعی اشخاصی که ده سال و کمتر حق بیمه پراخت کرده اند"

ریاست محترم شعبه

با سلام

نظر به اینکه مرحوم / مرحومه دارای شماره ملی متولد سال بیمه شده
شماره حسب گواهی فوت پیوست در تاریخ فوت نموده و آخرین محل اشتغال وی
واقع در می باشد. لذا اینجانب با اطلاع کامل از ضوابط و مقررات قانون
فوق الذکر به ویژه آگاهی از میزان مستمری و مزایای جانبی و پرداخت آن به نسبت سنوات حق بیمه متقاضی برقراری
مستمری طبق قانون یاده شده می باشم. بازماندگان واجد شرایط متوفی عبارتند از :

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| ۱- نسبت | ۵- نسبت |
| ۲- نسبت | ۶- نسبت |
| ۳- نسبت | ۷- نسبت |
| ۴- نسبت | ۸- نسبت |

ضمناً اعلام می نمایم که آن مرحوم فاقد هر گونه سابقه نزد صندوقهای بیمه ای دیگر بوده و بازماندگان وی از بابت فوت بیمه
شده از سایر صندوقها هیچگونه حقوق و یا مستمری دریافت نمی دارند. همچنین متعهد می گردم حداکثر ظرف مدت ۹ ماه پس
از تاریخ فوت نسبت به ارائه گواهی انحصار وراثت اقدام نموده و در صورت عدم ارائه ظرف مهلت مقرر و یا اثبات خلاف
اظهاراتم سازمان اختیار دارد بر اساس ضوابط و مقررات نسبت به توقف پرداخت مستمری اقدام و اینجانب ملزم به جبران هر
گونه خسارت وارده طبق ماده ۹۷ قانون تامین اجتماعی خواهم بود.

نام و نام خانوادگی

نسبت متقاضی با متوفی

اثرانگشت

امضاء

نشانی :

تلفن همراه:

تلفن:

تذکر:

این درخواست می بایست توسط همسر، فرزند، پدر و مادر بیمه شده متوفی و یا قیم بازماندگان تکمیل گردد.