

شماره:

تاریخ:

ریاست محترم شعبه.....

با سلام

احتراماً، اینجانب متولد دارای کدملی..... به شماره شناسنامه.....
فرزند/ پدر/ مادر مرحوم به شماره بیمه / مستمری که متقاضی بهره مندی
از مزایای مستمری بازماندگان بواسطه فوت مرحوم فوق الذکر می باشم. تعهد می نمایم که از هیچگونه مستمری بازنشستگی،
از کارافتادگی و وظیفه یا سایر وجوه دیگر از این سازمان و سایر صندوقهای بیمه و بازنشستگی استفاده نمی نمایم و هر زمان که
خلاف ادعای مذکور ثابت شود علاوه بر قطع مستمری ، در مورد استرداد وجوه دریافتی از تاریخ استفاده غیر مجاز اقدام نمایم.
ضمناً متعهد می گردم به محض اینکه در شرایط فوق الذکر تغییر حاصل گردد مراتب را فوراً به سازمان تامین اجتماعی اعلام
نمایم.

نام و نام خانوادگی

نسبت متقاضی با متوفی

امضاء و اثر انگشت

نشانی:

تلفن ثابت:

تلفن همراه:

