

« فرم درخواست بازنشستگی »

فرم شماره ۱ پیوست

بخشنامه ۲۸/۲ مستمریها

ریاست محترم شعبه

خواهشمند است دستور فرمائید با توجه به اطلاعات مندرج در جدول زیر نسبت به جمع آوری سوابق و برقراری مستمری بازنشستگی بر اساس قانون تأمین اجتماعی جهت اینجانب/بیمه شده ذیل اقدام نمایند.

بدیهی است در صورت عدم احراز شرایط مقرر در قوانین جاری هیچگونه ادعایی در این خصوص نداشته و مسئولیت و عواقب ناشی از ترک کار بدون اطلاع آن شعبه را می پذیرم.

مشخصات بیمه شده	نام و نام خانوادگی: شماره ملی: تاریخ تولد: شماره بیمه: نشانی: شماره تلفن همراه:	نام پدر: شماره شناسنامه: محل صدور: شماره تلفن:
آخرین کارگاه	نام کارگاه: نام کارفرما: نشانی:	نوع فعالیت: شماره کارگاه:
سایر سوابق پرداخت حق بیمه	از تاریخ از تاریخ از تاریخ از تاریخ از تاریخ بقیه در پشت صفحه:	در کارگاه در کارگاه در کارگاه در کارگاه در کارگاه
	لغایت	شعبه

اینجانب متعهد می گردم در صورت احراز شرایط و صدور حکم بازنشستگی و متعاقباً بهره مندی از مزایای مقرر در آن، در صورت اشتغال مجدد مراتب را کتباً به شعبه ذیربط اعلام نمایم. ضمناً آگاهی کامل دارم که در صورت اشتغال مجدد، مستمری پرداختی به اینجانب متوقف خواهد شد و پس از خاتمه اشتغال به کار مجدد، مستمری دریافتی بنده عبارت خواهد بود از: محاسبه مجموع مبلغ مستمری به دست آمده مربوط به ایام اشتغال به کار مجدد با مستمری قبل از آن، با رعایت افزایش های سالانه ماده ۹۶ قانون تأمین اجتماعی .

نام و نام خانوادگی بیمه شده / کارفرما

امضاء

اثر انگشت

* * * تکمیل تمامی قسمتهای فرم درخواست الزامی است * * *