

شماره:

تاریخ:

فرم درخواست برقراری مستمری بازماندگان بر اساس سنوات پرداخت حق بیمه  
موضوع "قانون تعیین تکلیف تأمین اجتماعی اشخاصی که ده سال و کمتر حق بیمه پرداخت 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 ..... و سایر سوابق بیمه پردازی ایشان به شرح جدول ذیل می باشد.

| ردیف | شغل | نام کارگاه | آدرس کارگاه | مدت اشتغال ( تاریخ شروع و پایان ) |
|------|-----|------------|-------------|-----------------------------------|
|      |     |            |             |                                   |
|      |     |            |             |                                   |
|      |     |            |             |                                   |

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 یاد شده می باشم. بازماندگان واجد شرایط متوفی  
عبارتند از :

- ۱-..... نسبت .....  
۲-..... نسبت .....  
۳-..... نسبت .....  
۴-..... نسبت .....  
۵-..... نسبت .....  
۶-..... نسبت .....  
۷-..... 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 پرداخت هر گونه خسارات وارده به  
سازمان مطابق ماده ۹۷ قانون تأمین اجتماعی خواهم بود.

نام و نام خانوادگی، نسبت متقاضی با متوفی

امضاء و اثر انگشت

تلفن همراه:

نشانی:

تلفن ثابت: