

شماره:

تاریخ:

ریاست محترم شعبه

احتراماً، بدینوسیله اینجانب همسر مرحوم به شماره مستمري
که پس از ازدواج با آقای شاغل در / مستمري بگير شماره
..... ؛ مستمري و مزایای جانبی ماهانه ام برقرار نشده / قطع گردیده، با توجه به مفاد قانون حمایت خانواده
و آئین نامه اجرائی آن متقاضی برقراری مستمري فوت آن مرحوم می باشم.

ضمناً متعهد می شوم در صورتی که به هر دلیل امکان بهره مندی و دریافت هر گونه خدمات، حمایت‌های قانونی و مستمري دیگری
از سازمان تأمین اجتماعی و یا از سایر صندوقهای بیمه و بازنشستگی برای اینجانب فراهم گردد، مراتب را بلافاصله و در اسرع
وقت به سازمان تأمین اجتماعی اطلاع دهم.

نام و نام خانوادگی

امضاء و اثر انگشت

آدرس محل سکونت :

شماره تلفن همراه :

شماره تماس ثابت :