

فرم درخواست بازنشستگی بیمه شدگان بر اساس سنوات پرداخت حق بیمه

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

ریاست محترم شعبه

با سلام

اینجانب.....،فرزند.....،دارنده شناسنامه شماره.....،صادره از.....،متولد / / ۱۳،
به شماره ملی و بیمه شده شماره که در حال حاضر دارای..... سال تمام سن و
صرفاً..... سال تمام سابقه پرداخت حق بیمه به شرح جدول ذیل بوده و فاقد شرایط بازنشستگی مطابق شرایط عام قانون تامین
اجتماعی می‌باشم، با اطلاع کامل از ضوابط و مقررات بازنشستگی بر اساس قانون فوق‌الذکر به ویژه آگاهی از نحوه تعیین میزان
مستمری و مزایای جانبی به نسبت سنوات پرداخت حق بیمه، متقاضی بازنشستگی طبق قانون یاد شده می‌باشم. ضمناً تعهد
می‌نمایم که به جز سوابق مندرج در جدول ذیل فاقد هر گونه سابقه بیمه پردازی نزد آن سازمان و یا سایر صندوقهای بیمه ای
می‌باشم.

ردیف	نام کارگاه	از تاریخ	لغایت تاریخ	به مدت (روز)	استان	شعبه
۱						
۲						
۳						
۴						
۵						

نشانی محل سکونت : استان شهر
شماره تلفن همراه : شماره تلفن ثابت

این قسمت در صورتی تکمیل گردد که سابقه کمتر از ۱۰ سال باشد:

باتوجه به اینکه سنوات پرداخت حق بیمه اینجانب کمتر از حداقل سابقه مقرر در قانون (۱۰سال) می‌باشد، پس از اعلام مراتب از
سوی آن سازمان نسبت به پرداخت ما به التفاوت حق بیمه مربوطه بصورت یکجا اقدام خواهم نمود.

نام خانوادگی : نام :

امضاء : اثر انگشت :

توجه :

بیمه شده محترم؛ تکمیل جدول سابقه پرداخت حق بیمه، ارائه امضاء و اثر انگشت الزامی است.