

## فرم درخواست برقراری مستمری بازماندگان

### شعبه:

نظر به اینکه مرحوم/مرحومه ..... دارنده شماره شناسنامه ..... کد ملی ..... متولد ..... صادره از ..... بیمه شده / بازنشسته و از کارافتاده شماره ..... حسب گواهی فوت پیوست در تاریخ ..... فوت نموده و آخرین محل اشتغال وی کارگاه/شرکت ..... به شماره کارگاه ..... واقع در ..... می باشد، لذا خواهشمند است دستور فرمائید نسبت به برقراری مستمری جهت بازماندگان واجد شرایط به شرح ذیل اقدام لازم معمول دارند. مضافاً اینکه متعهد می گردم که حداکثر ظرف مدت ۹ ماه پس از تاریخ فوت ذکر شده نسبت به ارائه گواهی انحصار وراثت اقدام نمایم و در صورت عدم ارائه گواهی مذکور ظرف مهلت مقرر و یا اینکه در مندرجات گواهی فوق الذکر اظهاراتی خلاف واقع آشکار گردد، بدینوسیله به سازمان اختیار داده می شود بر اساس ضوابط و مقررات نسبت به توقف پرداخت مستمری اقدام و اینجانب ملزم به اعاده هر گونه خسارات وارده به سازمان خواهم بود.

-۱

-۲

-۳

-۴

-۵

نام و نام خانوادگی

نسبت متقاضی با متوفی

امضاء

نشانی:

تلفن:

تذکر:

این درخواست تنها توسط همسر، فرزند، پدر و مادر بیمه شده و یا وکیل و قیم قانونی بازماندگان می تواند تکمیل گردد.