

فرم اطلاع رسانی و اخذ تعهد از فرزندان اناث

اینجانب به شماره شنا سنماه کد ملی متولد: روز ماه سال فرزند مرحوم به شماره بیمه/مستمری درخواست برقراری مستمری فوت مادر/پدر خود را نموده و اعلام می‌نمایم در حال حاضر:

۱- اشتغال به کار ندارم.

۲- ازدواج نکرده و دارای شوهر نمی‌باشم.

با اعلام آگاهی از این که حسب قانون، سازمان تامین اجتماعی تنها در صورت احراز دو شرط فوق به اینجانب مستمری پرداخت می‌نماید، بنابراین تعهد می‌نمایم به محض ازدواج، اشتغال و یا تغییر نشانی خود مراتب را فوراً به سازمان تامین اجتماعی اعلام نمایم. در غیر این صورت اینجانب ملزم به پرداخت کلیه خسارات وارده به سازمان مطابق ماده ۹۷ قانون تامین اجتماعی خواهم بود و سازمان تامین اجتماعی می‌تواند علاوه بر قطع مستمری، وجوه دریافتی از تاریخ ازدواج و یا اشتغال و همچنین هزینه های خدمات درمانی ارائه شده در این دوره را، از محل اموال منقول و غیرمنقول و در صورت فوت، از ماترک اینجانب وصول نماید.

ماده ۹۷ قانون تامین اجتماعی:

هر کس به استناد اسناد و گواهی های خلاف واقع یا با توسل به عناوین و وسایل تقلبی از مزایای مقرر در این قانون به نفع خود استفاده نماید یا موجبات استفاده افراد خانواده خود یا شخص ثالث را از مزایای مذکور فراهم سازد به پرداخت جزای نقدی معادل دو برابر خسارات وارده به سازمان تامین اجتماعی و در صورت تکرار به حبس از نود و یک روز تا شش ماه محکوم خواهد شد.

لازم به یادآوری است چنانچه مستمری برقراری به دلیل ازدواج و یا اشتغال قطع گردد، پس از زوال شرایط مذکور (طلاق یا فوت شوهر و یا بیکاری) امکان بهره مندی از مزایای مستمری بازماندگان مجدداً فراهم خواهد گردید.

خاطر نشان می‌سازد نظر به ضرورت اطمینان از پایداری شرایط قانونی مذکور، از تاریخ ثبت این فرم در دبیرخانه واحد اجرایی ذیربط، می‌بایست سالیانه دوبار (هر ۶ ماه یکبار) نسبت به تکمیل فرم تعبیه شده در سامانه خدمات غیر حضوری به نشانی eservices.tamin.ir اقدام نمایید. بدیهی است تداوم ارائه تعهدات سازمان، منوط به تکمیل فرم مذکور در تاریخ‌های یادشده می‌باشد.

نام و نام خانوادگی

امضا و اثر انگشت

نشانی دقیق محل سکونت:

کد پستی: تلفن ثابت: تلفن همراه: