

شماره
تاریخ
پیوست

بسمه تعالی

فرم تعهد بیمه شده برای ازدواج اول

احتراماً، اینجانب بیمه شده شماره

کارگاه / شرکت / اداره در تاریخ / / ۱۳.....

برای اولین بار ازدواج نموده ام و بدینوسیله متعهد می شوم که چنانچه خلاف اظهاراتم

ثابت شود با توجه به مقررات با اینجانب رفتار گردد.

امضاء و اثر انگشت

ماده «۹۷» قانون تأمین اجتماعی:

هر کس به استناد و گواهی های خلاف واقع یا با توسل به عناوین و وسائل 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 ۲ برابر خسارت وارده به «سازمان تأمین خدمات درمانی» یا این سازمان و در صورت تکرار به حبس جنحه ای از ۶۱ روز تا یکماه محکوم خواهد شد.