

" فرم درخواست انصراف از احتساب سوابق مدت خدمت نظام وظیفه و مدت حضور داوطلبانه در جبهه بیمه شدگان و استرداد وجوه حق بیمه پرداختی "

ریاست محترم شعبه تامین اجتماعی :

باسلام

اینجانب بیمه شده / مستمری بگیر شماره و شماره ملی تقاضای انصراف از پذیرش سوابق مدت خدمت نظام وظیفه و یا حضور داوطلبانه در جبهه های نبرد حق علیه باطل و همچنین استرداد وجوه حق بیمه پرداختی خود نزد آن شعبه را دارم. خواهشمند است دستور فرمائید اقدام لازم معمول نمایند.

ضمناً متعهد می گردم چنانچه مجدداً متقاضی احتساب سابقه مدت مذکور و برخورداری از مزایای قانونی ناشی از آن باشم در صورت احراز سایر شرایط، نسبت به ارائه درخواست جدید و پرداخت حق بیمه مقرر که برابر مقررات توسط سازمان تامین اجتماعی محاسبه خواهد گردید، اقدام نمایم .

نام و نام خانوادگی بیمه شده / مستمری بگیر

امضاء و اثر انگشت

نشانی محل سکونت و تلفن تماس متقاضی :

.....
.....

شماره و تاریخ ثبت تقاضا در دفتر شعبه:

.....