



صندوق بیمه اجتماعی روستائیان و عشایر

بسمه تعالی

تاریخ: .....

شماره: .....

پیوست: .....

**فرم اعلام تحت تکفل بودن پدر و مادر بیمه شده اصلی (زن یا مرد)  
و تحت تکفل بودن شوهر بیمه شده اصلی (زن)**

اینجانب: نام..... نام خانوادگی.....  
به شماره شناسنامه..... صادره از..... متولد / /  
فرزند..... اعلام میدارم که هیچگونه مستمری یا کمک نقدی از  
دستگاهها، نهادها، سازمانها و صندوقهای دیگر دریافت نمی نمایم و معاشم توسط فرزند/همسر  
اینجانب آقای / خانم..... به شماره بیمه.....  
تأمین میگردد. ضمناً تعهد می نمایم چنانچه برای صندوق بیمه اجتماعی روستائیان و عشایر  
عدم صحت مطالب فوق مشخص گردد علاوه بر تأدیه کلیه مبالغ دریافتی خسارتهای اعلام شده  
توسط صندوق را پرداخت نمایم.

**محل انگشت و امضاء**

**تاریخ**

گواهی می شود آقای / خانم با اطلاعات فوق تحت تکفل آقای / خانم.....  
به شماره بیمه..... بوده و معاش ایشان توسط بیمه شده تأمین میگردد.

**محل امضاء و مهر شورای اسلامی روستا یا دهیاری**

با بررسی انجام شده توسط این کارگزاری ادعای آقای / خانم.....  
مبنی بر تحت تکفل بودن و تأمین معاش توسط آقای / خانم.....  
بیمه شده شماره..... مورد تأیید می باشد.

**محل مهر و امضاء کارگزاری**