



سازمان تامین اجتماعی

فرم نمونه شماره ۱/۱

اداره کل تامین اجتماعی استان

شعبه

محل الصاق عکس

فرم درخواست شرکت در کمیسیون پزشکی

به منظور برخورداری از مزایای قانون " تعیین تکلیف تامین اجتماعی اشخاصی که ده سال و کمتر حق بیمه پرداخت کرده اند "

ریاست محترم شعبه تامین اجتماعی

با سلام

بیمه شده شماره

نظربه اینکه اینجانب خانم / آقای

حسب نامه شماره مورخ آن مرجع محترم فاقد شرایط قانونی لازم به منظور معرفی به کمیسیون پزشکی جهت برخورداری از مستمری ازکارافتادگی کلی غیر ناشی ازکار می باشم . لذا با اطلاع کامل از ضوابط و مقررات قانون فوق الذکر و برای تعیین میزان ازکارافتادگی ، متقاضی شرکت در کمیسیون پزشکی به منظور برخورداری از مزایای بازنشستگی به نسبت سابقه پرداخت حق بیمه می باشم .
آدرس و تلفن محل سکونت :

نام و نام خانوادگی پزشکان معالج :

نام بیمارستانهای محل بستری

علت بستری تاریخ بستری

سابقه شرکت در کمیسیون پزشکی سازمان دارم ندارم

سابقه شرکت در کمیسیون پزشکی سایر نهادها: دارم ندارم

تحت پوشش نهاد حمایتی بعلت بیماری های مورد درخواست: می باشم نمی باشم

مدارک پیوست درخواست: آزمایش سونوگرافی ام ار آی سی تی اسکن

نوار قلب نوار ریه نوار عصب وعضله سایر مدارک

نام و نام خانوادگی ، امضاء و اثر انگشت بیمه شده

یا وکیل قانونی

فرم اعتراض به رأی کمیسیون پزشکی بدوی
به منظور برخورداری از مزایای قانون " تعیین تکلیف تامین اجتماعی اشخاصی که ده سال و کمتر حق بیمه پرداخت کرده اند "

ریاست محترم شعبه

باسلام

بدینوسیله اینجانب : نام نام خانوادگی
بیمه شده شماره اعتراض خود را نسبت به رأی کمیسیون پزشکی بدوی مورخ
مبنی بر عدم ازکارافتادگی کلی اعلام و خواهشمند است دستور فرمائید با رعایت مقررات در مورد معرفی اینجانب به
کمیسیون پزشکی تجدید نظر اقدام نمایند.

نام و امضاء یا اثر انگشت بیمه شده
یا وکیل قانونی