



T.C.
SOSYAL GÜVENLİK KURUMU
TAHSİS TALEP VE BEYAN TAAHHÜT BELGESİ

DİKKAT: Bu belgeyi arka sayfadaki açıklamaları okumadan doldurmayınız

Kurum Evrak Kaydı (tarih/sayı)

| | | SİGORTALI | HAK SAHİBİ |
|---|---|---|---|
| 1- TC KİMLİK NUMARASI | | | |
| 2- ADI VE SOYADI | | | |
| 3- SİGORTA SİCİL NUMARASI/ BAĞ-KUR NUMARASI/ TAHSİS NUMARASI | | | |
| 4- TAHSİS TALEP ÇEŞİDİ | | | |
| 5- ÖLÜM TARİHİ | | | |
| 6- ÖDEMELERİN YAPILACAĞI BANKA VEYA PTT ŞUBESİ | | | |
| 7- SİGORTALIYA YAKINLIĞI | | | |
| 8- ÖLÜM/TAHSİS TALEP TARİHİNDE BAKMAKLA YÜKÜMLÜ OLDUĞU KİŞİLER VAR MI? | | | |
| 9- BAKMAKLA YÜKÜMLÜ OLDUĞU KİŞİLER İÇİN SAĞLIK YARDIMI TALEBİ VAR MI? | | | |
| 10- ÖLÜM VEYA MALUL KALMASINDA ÜÇÜNCÜ KİŞİLERİN KASTI VAR MI? | | | |
| 11- HER TÜRLÜ KAZANÇ VE İRATTAN ELDE EDİLEN GELİRİ ASGARI ÜCRETİN NET TUTARINDAN AZ MI? (ANA VE BABALAR İÇİN) | | | |
| HİZMET/ GELİR VE AYLIK DURUMU | | | |
| 12- SSK 4/1-(a) | SİGORTA SİCİL NUMARASI | | |
| | HİZMET SÜRELERİ VE GEÇTİĞİ İLLER | | |
| | İSTEĞE BAĞLI | | |
| | TOPLULUK | | |
| | BORÇLANMA | | |
| AYLIK ALIYORSA ÇEŞİDİ | <input type="checkbox"/> KENDİNDEN <input type="checkbox"/> EŞİNDEN <input type="checkbox"/> ANA-BABADAN <input type="checkbox"/> ÇOCUKTAN | <input type="checkbox"/> KENDİNDEN <input type="checkbox"/> EŞİNDEN <input type="checkbox"/> ANA-BABADAN <input type="checkbox"/> ÇOCUKTAN | |
| 13- BAĞ-KUR 4/1-(b) | BAĞ-KUR NUMARASI | | |
| | HİZMET SÜRELERİ VE GEÇTİĞİ İLLER | | |
| | İSTEĞE BAĞLI | | |
| | TOPLULUK | | |
| | BORÇLANMA | | |
| | TİCARİ/TARIM FAALİYETİNE DEVAM EDECEK Mİ? | | |
| AYLIK ALIYORSA ÇEŞİDİ | <input type="checkbox"/> KENDİNDEN <input type="checkbox"/> EŞİNDEN <input type="checkbox"/> ANA-BABADAN <input type="checkbox"/> ÇOCUKTAN | <input type="checkbox"/> KENDİNDEN <input type="checkbox"/> EŞİNDEN <input type="checkbox"/> ANA-BABADAN <input type="checkbox"/> ÇOCUKTAN | |
| 14- T.C.EMEKLİ SANDIĞI 4/1-(c) | EMEKLİ SİCİL NO | | |
| | HİZMET SÜRESİ | | |
| | AYLIK ALIYORSA ÇEŞİDİ | <input type="checkbox"/> KENDİNDEN <input type="checkbox"/> EŞİNDEN <input type="checkbox"/> ANA-BABADAN <input type="checkbox"/> ÇOCUKTAN | <input type="checkbox"/> KENDİNDEN <input type="checkbox"/> EŞİNDEN <input type="checkbox"/> ANA-BABADAN <input type="checkbox"/> ÇOCUKTAN |
| 15- DİĞER SANDIKLAR (506/G.M.20) | SANDIK/VAKIF ADI | | |
| | SİCİL NUMARASI | | |
| | HİZMET SÜRESİ | | |
| | AYLIK ALIYORSA ÇEŞİDİ | <input type="checkbox"/> KENDİNDEN <input type="checkbox"/> EŞİNDEN <input type="checkbox"/> ANA-BABADAN <input type="checkbox"/> ÇOCUKTAN | <input type="checkbox"/> KENDİNDEN <input type="checkbox"/> EŞİNDEN <input type="checkbox"/> ANA-BABADAN <input type="checkbox"/> ÇOCUKTAN |
| 16- YABANCI ÜLKELERDE GEÇEN HİZMETLER | ÜLKE ADI | | |
| | HİZMET SÜRESİ | | |
| | AYLIK ALIYORSA ÇEŞİDİ | <input type="checkbox"/> KENDİ <input type="checkbox"/> EŞİNDEN <input type="checkbox"/> ANA-BABADAN | <input type="checkbox"/> KENDİ <input type="checkbox"/> EŞİNDEN <input type="checkbox"/> ANA-BABADAN |
| | AYLIK KURUM ARACILIĞI İLE Mİ ÖDENİYOR? E/H | | |
| | TAHSİS NUMARASI | | |

Yukarıdaki beyanların doğruluğunu, beyanlarımda herhangi bir değişiklik olması halinde durumu derhal yazılı olarak Kuruma bildireceğimi, gerçeğe aykırı beyanda bulunmam veya gelir aylık bağlandıktan sonra durumumda bunların kesilmesini gerektiren değişiklikleri derhal Kuruma bildirmedim takdirde tarafıma yersiz olarak yapılacak her türlü ödemeyi istenildiğinde yasal faizi ile birlikte geri ödeyeceğimi, ayrıca hakkımda Türk Ceza Kanununun 204 üncü maddenin birinci fıkrası gereğince kovuşturma yapılacağını beyan ve taahhüt ederim.

Gereğini arz ederim. / /

| | | |
|-----------------|------------------------------|----------------------|
| CEP TELEFONU: | SİGORTALI VEYA HAK SAHİBİNİN | |
| E-POSTA ADRESİ: | ADRESİ | ADI SOYADI VE İMZASI |
| EKLER: | | |
| 1- | | |
| 2- | | |
| 3- | | |