



EK:5

SOSYAL SİGORTALAR KURUMU

VİZİTE KAĞIDI

(Sigortalının Eşi ve Geçindirmekle Yükümlü Olduğu Çocuklarına Ait)

Belgenin Düzenlendiği Tarih : ..... / ..... / .....

A- SİGORTALININ		
1.	T.C. Kimlik No	İkâmetgah Adresi : .....
2.	Sigorta Sicil No	.....
3.	Adı ve Soyadı	.....
4.	Baba Adı	.....
5.	Cinsiyeti	Erkek : Kadın : ..... Posta Kodu : .....
6.	Uyruğu (Yabancı İse Ülke Adı)	T.C. : Ülke Adı : ..... Ev Tel : ..... Cep Tel : .....
7.	Doğum Yeri / Doğum Tarihi	..... / ..... / .....
8.	İşe Giriş Tarihi	..... / ..... / .....

**B- HASTANIN**

9.	Sigortalıya Yakınlığı	Eş : Çocuk :	İkâmetgah Adresi : .....
10.	T.C. Kimlik No		.....
11.	Adı ve Soyadı		.....
12.	Cinsiyeti	Erkek : Kadın :	.....
13.	Uyruğu (Yabancı İse Ülke Adı)	T.C. : Ülke Adı : .....	..... Posta Kodu : .....
			Ev Tel : ..... Cep Tel : .....
14.	Doğum Yeri / Doğum Tarihi		..... / ..... / .....

15.	Prim Ödeme Halinin Sona Erip Ermediğini “Sona Erdi” veya “Sona Ermedi” Şeklinde ve El Yazınız İle Yandaki Haneye Yazınız	.....	Sona Erdi İse; Erdiği Tarih : ..... / ..... / .....
-----	--	-------	--



**D- BEYAN VE TAAHHÜTLER**

İşverenin Adı-Soyadı / Ünvanı

**İ Ş Y E R İ S İ C İ L N O**

M	İŞ KOLU KODU	ÜNİTE KODU		İŞYERİ SIRA NUMARASI	İL KODU	İLÇE KODU	KONTROL NUMARASI	ARACI KODU
		YENİ	ESKİ					

İşyerinin Adresi

Semt : ..... İlçe: ..... Şehir : ..... Posta Kodu : .....

Yukarıdaki bilgilerin yanlış olması sebebiyle sigortalının eşi ve geçindirmekle yükümlü olduğu çocuklarına, Kurumca yersiz olarak yapılan her türlü masrafı ödemeyi kabul ederim.

Tarih : ..... / ..... / .....

İşverenin veya Vekilinin Adı-Soyadı  
İmzası, Mühür veya Kaşesi