

MALULLÜK AYLIĞI TALEP FORMU

BAĞ-KUR İL MÜDÜRLÜĞÜNE (DEVREDİLEN)

.....

Kurumunuz Bağ-Nolu sigortalısı olup, T.C. Emekli Sandığına, Sosyal Sigortalar Kurumuna, 1479/2926 Sayılı Kanunlara ve diğer emekli sandıklarına tabi birleştirilecek hizmetlerim vardır/yoktur.

Maluliyet durumumun tespiti için Hastaneye/Hastanesine sevkimin yapılmasını ve tarafıma malullük aylığı bağlanmasını arz ederim. / /

Adı Soyadı
(İmza)

BİRLEŞTİRİLECEK HİZMETLERİN BULUNMASI HALİNDE

T.C. Kimlik No :

T.C. Emekli San. Sicil No :

SSK Sicil No :

SSK' da bulunan hizmet türü : Zorunlu Sigortalı İsteğe Bağlı Sigortalı

Askerlik Borçlanması Diğer Borçlanmalar

Topluluk Sigortası Tarım (2925 S.K.)

SSK' da hizmetin geçtiği yıl ve İl :

1479 Bağ-No :

2926 Bağ-No :

Diğer Sandık Adı :

Diğer Sandık Sicil No :

A D R E S :

.....

.....

.....

Telefon No:

E-Posta :

EKLER :

Ek-1 : Nüfus Cüzdanı Fotokopisi (..... Adet - Sayfa)

Ek-2 : Bağ-Kur Sigortalılık Belgesi (..... Adet - Sayfa)