



**SOSYAL SİGORTALAR DAİRESİ
İSTEĞE BAĞLI SİGORTALILIK MÜRACAAT FORMU**

I. MÜRACAAT EDEN TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR.

MÜRACAAT SAHİBİNİN:

Kimlik No:..... Sigorta No:.....

Adı ve Soyadı:.....

Doğum Tarihi:...../...../..... Doğum Yeri:.....

Baba Adı ve Soyadı:..... Anne Adı ve Soyadı:.....

İkamet Adresi:.....

Telefon No:..... E-posta:.....

Cinsiyeti: ☐ Kadın ☐ Erkek Eğitim durumu: ☐ İlkokul ☐ Ortaokul ☐ Lise ☐ Üniversite

Seçtiği Gelir Basamağı:..... Yazı ile.....

Geçindirmekle Yükümlü Olduğu Kişiler:

Adı Soyadı	Kimlik No	Doğum Tarihi	Akrabalığı
.....			
.....			
.....			

HASTALIK SİGORTASI PRİMİ ÖDEMEYİ TERCİH EDENLER TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR.

☐ Hastalık Sigortası Primi Ödemeyi Tercih ediyorum / Yazı ile EVET olarak belirtiniz :.....
Malüllük, Yaşlılık ve Ölüm Sigortasına ek olarak Hastalık Sigortası primi ödemeyi tercih ederek seçtiğim gelir basamağı üzerinden ve tabi bulunduğum Yasaya göre %6 veya %6.5 oranında hastalık sigortası primi ödemeyi ve tercihim sonradan değiştiremeyeceğimi bildiğimi kabul ve taahhüt ederim.

.....
İmza

Yukarıdaki bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

...../...../.....

Tarih

.....
İmza

II. DAİRE TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR.

BELGEYİ ALAN MEMURUN:

Adı Soyadı:

İmzası:

Tarih:

.....

.....

...../...../.....

Not:Bu form 2 suret olarak doldurulur.

(Form SS7A)