

SAĞLIK KARNESİ YENİLEME BELGESİ

T.C.

SOSYAL GÜVENLİK KURUMU BAŞKANLIĞI
Emekli Sandığı Genel Müdürlüğü'ne (Devredilen)

ANKARA

Sandığınızdanemekli sicil numarası ile sağlık yardımından faydalanmaktayım.

Kendime / Eşime / Çocuğuma / Anneme / Babama ait sağlık karnesi dolduğundan / kaybolduğundan yenisinin verilmesini arz ederim.

Aşağıda taahhütnamedeki bilgilerin doğru olmadığını anlaşılması veya Sağlık Karnesinin usulüne uygun kullanılmaması nedeniyle doğacak hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi beyan eder, bu nedenle bir borç doğması durumunda bu borcu yasal faizi ile birlikte defaten ödemeyi veya borcun Sandığınızca ödenmekte olan aylıklarından kesilmesini taahhüt ederim.

...../...../200..
Adı Soyadı
(İmza)

TAAHHÜTNAME

KARNE SAHİBİNİN :
T.C.Kimlik No :
Adı Soyadı :
Doğum Tarihi :
Baba Adı :
Ana Adı :
Telefon No :
Adres :

Karne Sahibi :

SSK / BAĞ_KUR' a bağlı olarak	Çalışıyor <input type="checkbox"/>	Çalışmıyor <input type="checkbox"/>
SSK / BAĞ-KUR' dan emekli, dul yetim aylığı	Alıyor <input type="checkbox"/>	Almıyor <input type="checkbox"/>
2022 S.K 'na göre yaşlılık,sakat,malül aylığı	Alıyor	Almıyor
Özel Banka veya Kurum Sandıklarının herhangi birinden sağlık yardımı almaya hakkı	Var <input type="checkbox"/>	Yok <input type="checkbox"/>
İsteğe Bağlı SSK / BAĞ-KUR	Var <input type="checkbox"/>	Yok <input type="checkbox"/>

Karneyi Teslim Eden Memurun

Adı Soyadı :
Sicil No :
İmza :

Karneyi Teslim Alan Emekli veya Yakınının

Adı Soyadı :
Yakınlığı :
Doğum Yeri/Yılı :
Telefon No :
Adres :
İmza :

Ek : Kimlik Fotokopisi (1 Adet)
(Karne tesliminde soyadı tutmayanlardan istenir.)