

MALULLÜK AYLIĞI TALEP FORMU

BAĞ-KUR İL MÜDÜRLÜĞÜNE

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 :
S.S.K Sicil No :
1479 Bağ-No :
2926 Bağ-No :
Diğer Sandık :
Diğer Sandık Sicil No :

ADRES :

.....
.....
.....
.....

Telefon No :
E-Posta :

EKLER :

EK-1 : V.N.K.Ö (..... Adet - Sayfa)
EK-2 : Bağ-Kur Sigortalılık Belgesi (..... Adet - Sayfa)
EK-3 : (..... Adet - Sayfa)