

T.C.
SOSYAL GÜVENLİK KURUMU BAŞKANLIĞI
Sosyal Sigortalar Genel Müdürlüğü
Sigortalı Tescil ve Hizmet Daire Başkanlığına
Milli Müdafaa Caddesi No:24 06643
Bakanlıklar/ANKARA

5434 sayılı Kanununun 12./Geçici 218. maddesine göre isteğe bağlı iştirakçi olmak istiyorum.

1- Halen 5510 sayılı Kanununun 4. maddesinin (a) ve (b) bendine, 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanununun Geçici 20. maddesinde belirtilen Sandıklara ve Ülkemiz ile İkili Sosyal Güvenlik Anlaşması yapılmış olan ülkelerdeki Sigorta Merciiilerinden herhangi birine tabi zorunlu ya da isteğe bağlı sigortaya devam etmediğimi, bu Kurumlara tabi olmam gereken herhangi bir işte çalışmadığımı, bu Kurumlardan kendi çalışmalarımndan dolayı aylık almadığımı,

2- İsteğe bağlı iştirakçiliğimin başlangıç tarihinden sonra, 1. maddede bahsi geçen şekilde zorunlu sigortalı olarak çalışmaya başlamam veya buralardan kendi çalışmalarımndan dolayı aylık almaya başlamam halinde durumu derhal Kurumunuza bildirmeye,

3- Başvuru belgesindeki bildirimlerimin doğru olduğunu, gerçeğe aykırılığının tespiti halinde doğacak sorumluluğu kabul ettiğimi,

4- İsteğe bağlı iştirakçilik için aranan şartların yerine getirilmediğinin veya 1. maddede açıklandığı şekilde bir çalışmamın sonradan tespiti hallerinde isteğe bağlı iştirakçiliğimin iptali ile ödediğim tutarlara ait miktarın tarafıma iade edileceğini,

Beyan, kabul ve taahhüt ediyorum.

EKLER:

Ek 1 Nüfus Cüzdanı Fotokopisi

.. / .. /

Adres:

Adı Soyadı
İmza

T.C Kimlik Numarası :

Emeklilik Sicil Numarası:

S S K Sicil No :

Bağ Kur Sicil No :

Banka Sandığı Sicil No :

Telefon numarası :

E-posta adresi :

T.C Vergi Kimlik Numarası:

Son Kez Görev yaptığı Kurum: