|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **SOSYAL SİGORTALAR KURUMU**  | EK:5 |
| VİZİTE KAĞIDI(Sigortalının Eşi ve Geçindirmekle Yükümlü Olduğu Çocuklarına Ait)  |
|  Belgenin Düzenlendiği Tarih : ….... / …... / ..…… |

-

|  |
| --- |
| A- SİGORTALININ |
|  | T.C. Kimlik No |  | **İkâmetgah Adresi :** …………………………….…….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… Posta Kodu : ..…………………….…….Ev Tel : ……………….. Cep Tel : ……………………………… |
|  | Sigorta Sicil No |  |
|  | Adı ve Soyadı |  |
|  | **Baba Adı** |  |
|  | Cinsiyeti | **Erkek : [ ]  Kadın : [ ]**  |
|  | Uyruğu (Yabancı İse Ülke Adı) | **T.C. : [ ]  Ülke Adı** : …………………... |
|  | **Doğum Yeri / Doğum Tarihi** |  | ….….. / ..…... / …..…… |
|  | **İşe Giriş Tarihi** | ….….. / ..…... / …..…… |

-

|  |
| --- |
| B- HASTANIN |
|  | Sigortalıya Yakınlığı | **Eş : [ ]  Çocuk : [ ]**  | **İkâmetgah Adresi :** …………………………….…….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… Posta Kodu : ..…………………….…….Ev Tel : ……………….. Cep Tel : ……………………………… |
|  | T.C. Kimlik No |  |
|  | Adı ve Soyadı |  |
|  | Cinsiyeti | **Erkek : [ ]  Kadın : [ ]**  |
|  | Uyruğu (Yabancı İse Ülke Adı) | **T.C. : [ ]  Ülke Adı :** ………………… |
|  | **Doğum Yeri / Doğum Tarihi** |  | ….….. / ..…... / …..…… |

-

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Prim Ödeme Halinin Sona Erip Ermediğini “Sona Erdi” veya “Sona Ermedi” Şeklinde ve El Yazınız İle Yandaki Haneye Yazınız | ………………………………………………….. | **Sona Erdi İse;****Erdiği Tarih :** …….. / …….. / …….….. |

-

|  |
| --- |
| C- SİGORTALININ PRİM ÖDEME GÜN SAYISI |
| Sıra | **Yıl** | Ay | **Prim Ödeme Gün Sayısı** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

-

|  |
| --- |
| D- BEYAN VE TAAHHÜTLER |
| **-**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| İşverenin Adı-Soyadı / Ünvanı |

|  |
| --- |
| İŞYERİ SİCİL NO |
| **M** | **İŞ KOLU KODU** | **ÜNİTE KODU** | İŞYERİ SIRA NUMARASI | **İL KODU** | **İLÇE KODU** | **KONTROL NUMARASI** | **ARACI KODU** |
| **YENİ** | **ESKİ** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**-** |
|  |
| İşyerinin Adresi | ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. Semt : ………………… İlçe: …….………..… Şehir : …………………..… Posta Kodu : ……………. |
| **Yukarıdaki bilgilerin yanlış olması sebebiyle sigortalının eşi ve geçindirmekle yükümlü olduğu çocuklarına, Kurumca yersiz olarak yapılan her türlü masrafı ödemeyi kabul ederim.** Tarih : …... / …... / …….… | İşverenin veya Vekilinin Adı-Soyadıİmzası, Mühür veya Kaşesi |

**-** |

###### AÇIKLAMALAR

**1) 15 numaralı “Prim Ödeme Hali” satırında;** Sigortalılık niteliğini haiz olanlardan Hastalık ve Analık Sigortaları prim ödeme hali sona erenlerin sigortalılık nitelikleri, Hastalık ve Analık Sigortalarının uygulanmasında, ödenen primin ilişkin olduğu günü takip eden onuncu günden başlanarak yitirilmiş sayılacağından, ilgili haneye prim ödeme halinin sona erip ermediği mutlaka el yazısı ile yazılacak, Prim ödeme hali sona ermiş ise erdiği tarih de belirtilecektir.

2) “C- SİGORTALININ PRİM ÖDEME GÜN SAYISI” bölümünde;

**“Ay” sütununa;** hastalık ve analık nedeniyle viziteye çıktığı tarihten önceki bir yıl içinde toplam 120 gün, hastalık ve doğumun olduğu tarihten önceki bir yıl içindeki aylar viziteye çıkılan ay da dahil olmak üzere yazılacak,

**“Prim Ödeme Gün Sayısı” sütununa;** Her ayın karşısına ay içinde ödenen gün sayıları kaydedilecektir. Prim Ödeme Gün Sayısının 120 günü aşması halinde, 120 günden fazlası yazılmayacaktır.

**NOT :**506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanununun 90 ıncı maddesine göre, işveren Vizite Kağıdını usulüne uygun olarak düzenlemekle yükümlü olup, bilgilerin eksik veya yanlış olması sebebiyle Kurumca yersiz olarak yapılan her türlü masrafı ödemekle yükümlüdür.