|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **SOSYAL SİGORTALAR KURUMU**  | EK:4 |
| VİZİTE KAĞIDI(Sigortalıya 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** |  | ….….. / ..…... / …..…… |
|  | **Öğrenim Durumu** | **İlk : [ ]**  | **Orta : [ ]**  | **Lise : [ ]**  | **Yüksekokul : [ ]**  | **Okuryazar : [ ]**  | **Diğer: ……………..** |
|  | **İşe Giriş Tarihi** | ….….. / ..…... / …..…… |
|  | **İstihdam Durumu** | **Daimi : [ ]**  | **Mevsimlik : [ ]**  | **Geçici : [ ]**  | **Full-Time : [ ]**  | **Part-Time : [ ]**  | **Diğer: ……………..** |
|  | **Viziteye Çıkmak İçin****İşyerinden Ayrıldığı Tarih ve Saat** | **Tarih :** ….….. / ..…... / …..……  | **Saat :** ……………… |
|  | **Son Bir Yıl İçindeki****Toplam Ücretli İzin Gün Sayısı** |  |

-

|  |
| --- |
| B- İŞ KAZASININ |
|  | Olduğu Tarihte Çalışan Toplam İşçi Sayısı  |  |
|  | Olduğu Sırada**Sigortalının Yaptığı İş ve Bu İşin Mahiyeti** | …………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………….. |
|  | **Oluş Şekli** | …………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………….. |
|  | **Meydana Geldiği Yer** |  |
|  | **Olduğu Tarih ve Saat** | **Tarih :** …….. / …..... / …………..  | **Saat :** ……………………………………. |
|  | **Olduğu Günün İşbaşı Saati** |  |
|  | **Olduğunu Gören Tanıkların Adı ve Soyadları** | **1-** ……………………………………………….**2-** ………………………………………………. | **3-** ……………………………………………….**4-** ………………………………………………. |

-

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 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 VE KAZANÇLARI |
| **Yıl** | **Ay** | **Prim Ödeme****Gün Sayısı** | **Hak Ettiği Ücretler** | Prim veya İkramiye**Gibi Ek Ödemeler.** | **İşverence veya Mahkemelerce Ödenmesine Karar Verilen Ücret Prim ve İkramiyeler** |
| Rakamla | Yazıyla |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

-

|  |
| --- |
| 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, sigortalıya Kurumca yersiz olarak yapılan her türlü masrafı ödemeyi kabul ederim. Tarih : …... / …... / …….… | İşverenin veya Vekilinin Adı-Soyadıİmzası, Mühür veya Kaşesi |

**-** |

AÇIKLAMALAR

**1) 20 numaralı “Prim Ödeme Hali” satırında;** Sigortalılık niteliğini haiz olanlardan Hastalık ve Analık Sigortaları primi 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 yazılacak, prim edeme hali sona ermiş ise erdiği tarih de belirtilecektir.

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

* **“Ay”** sütununa; sigortalının hastalık ve analık nedeniyle viziteye çıktığı tarihten önceki bir yıl içinde en az 90 gün, hastalık ve doğumun olduğu tarihten önceki bir yıl içindeki aylar viziteye çıkılan ay da dahil olmak üzere yazılacak, karşılarına da bu aylar içinde prim ödenen gün sayıları kaydedilecektir.
* Geçici iş göremezlik ödeneğine esas olarak düzenlenecek vizite kağıtlarında ise, sigortalılar için geçici iş göremezliğin başladığı tarihten önceki bir yıl içinde en az 120 gün hastalık sigortası primi ödemesi yapıldığının tespiti için ilgili aylar içinde prim ödenen gün sayıları yazılacaktır.
* Diğer sütunlara da hastalığın anlaşıldığı veya doğumun vuku bulunduğu tarihten önceki üç takvim ayına ait prime esas tutulan aylık kazançlar yazılacaktır.
* İş kazası veya meslek hastalığı halinde ise, sadece iş kazasının meydana geldiği veya meslek hastalığının anlaşıldığı tarihten önceki üç takvim ayına ait prime esas tutulan aylık kazançlar ile o aylar içinde prim ödenen gün sayıları kaydedilecektir.
* Prime esas tutulan aylık ücretler ayrıca **“Yazıyla”** sütununda yazı ile de belirtilecektir.
* **“Hak Ettiği Ücretler” :** Ay içinde hak edilen ücretlerdir.
* **“Prim ve İkramiye Gibi Ek Ödemeler” :** O ay içinde sigortalıya ödenen prim, ikramiye ve bu nitelikteki kazançlardır.
* **“İşverence Veya Mahkemelerce Ödenmesine Sonradan Karar Verilen Ücret, Prim, İkramiyeler”:** İhtilaflı olup aradan zaman geçtikten sonra işverence veya mahkemelerce yahut sair makamlar tarafından verilmesi kararlaştırılan ücret, prim, ikramiye ve fazla mesai gibi ücretlerdir.
* Ancak, bahis konusu ücretlerden, yalnızca viziteye çıkılan tarihten önceki 3 takvim ayı içinde ödenmiş olanların, bu üç aya ait kısmı aylar itibariyle ayrı ayrı yazılacaktır.

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.