



SOSYAL SİGORTALAR KURUMU  
VİZİTE KAĞIDI  
(Sigortalıya Ait)

Belgenin Düzenlendiği Tarih: .../.../20...

| A - SİGORTALANIN                       |                                                                                                                                                                                                                |                                          |
|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| 1. T.C. Kimlik No                      |                                                                                                                                                                                                                | İkametgah Adresi                         |
| 2. Sigorta Sicil No                    |                                                                                                                                                                                                                |                                          |
| 3. Adı ve Soyadı                       |                                                                                                                                                                                                                |                                          |
| 4. Baba Adı                            |                                                                                                                                                                                                                |                                          |
| 5. Cinsiyeti                           | Erkek <input type="checkbox"/> Kadın <input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/>                                                                                                                       | Posta Kodu                               |
| 6. Uyuşu                               | T.C. <input type="checkbox"/> Ülke Adı : .....                                                                                                                                                                 | Ev Tel <input type="text"/> Cep Telefonu |
| 7. Doğum Yeri/ Doğum Tarihi            |                                                                                                                                                                                                                | ...../...../.....                        |
| 8. Öğrenim Durumu                      | ilk <input type="checkbox"/> Orta <input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> Lise <input type="checkbox"/> Yüksek Okul <input type="checkbox"/> Okur Yazar <input type="checkbox"/> Diğer .....       |                                          |
| 9. İşe Giriş tarihi                    |                                                                                                                                                                                                                |                                          |
| 10. İstihdam Durmu                     | Daimi <input type="checkbox"/> Mevsimlik <input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> Geçici <input type="checkbox"/> Full-time <input type="checkbox"/> Part-Time <input type="checkbox"/> Diğer ..... |                                          |
| 11. İşlerinden ayrıldığı Tarih ve Saat | Tarih                                                                                                                                                                                                          | Saat                                     |
| Son Bir yılı İçindeki                  |                                                                                                                                                                                                                |                                          |
| 12. Toplam Ücretli İzin Gün Sayısı     |                                                                                                                                                                                                                |                                          |

| II - İŞ KAZASININ                                                                                                           |         |                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-----------------------------|
| 13. Olduğu Tarihte Çalışan Toplam İşçi Sayısı                                                                               |         |                             |
| 14. Olduğu Sırda Sigortalının Yaptığı ve bu işin Mahiyeti                                                                   |         |                             |
| 15. Oluş Şekli                                                                                                              |         |                             |
| 16. Meydana Geldiği Yer                                                                                                     |         |                             |
| 17. Olduğu Tarih ve Saat                                                                                                    | Tarih : | Saat                        |
| 18. Olduğu Günün İş Başı Saati                                                                                              |         |                             |
| 19. Olduğunu Gören Tanıkların Ad ve Soyadları                                                                               |         |                             |
| 20. Primi Ödeme Halinin Sona Erip Ermediğini "Sona Erdi" veya "sona Ermedi" şeklinde el Yazınız ile Yandaki Haneye Yazınız. |         | Sona Erdi ise Erdiği tarih: |

| C- SİGORTALININ PRİM ÖDEME GÜN SAYISI VE KAZANÇLARI |    |                       |                     |         |                                      |                                                                             |
|-----------------------------------------------------|----|-----------------------|---------------------|---------|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| Yıl                                                 | Ay | Prim Ödeme Gün Sayısı | Hak ettiği Ücretler |         |                                      | İşverence veya Mahkemeye Ödenmesine Karar Verilen Ücret Prim ve İkramiyeler |
|                                                     |    |                       | Rakamla             | Yazıyla | Prime veya İkramiye Gibi Ek Ödemeler |                                                                             |
|                                                     |    |                       |                     |         |                                      |                                                                             |
|                                                     |    |                       |                     |         |                                      |                                                                             |
|                                                     |    |                       |                     |         |                                      |                                                                             |
|                                                     |    |                       |                     |         |                                      |                                                                             |

| D - BEYAN VE TAAHHÜTLER     |              |            |                  |                       |         |           |                  |            |            |  |  |  |
|-----------------------------|--------------|------------|------------------|-----------------------|---------|-----------|------------------|------------|------------|--|--|--|
| İşverenin Adı-Soyadı/Ünvanı |              |            | İŞ YERİ SİCİL NO |                       |         |           |                  |            |            |  |  |  |
| M                           | İŞ KOLU KODU | ÜNİTE KODU |                  | İŞ YERİ SIRA NUMARASI | İL KODU | İLÇE KODU | KONTROL NUMARASI | ARACI KODU |            |  |  |  |
|                             |              | YENİ       | ESKİ             |                       |         |           |                  |            |            |  |  |  |
| İşyerinin Adresi            |              |            |                  |                       |         |           |                  |            |            |  |  |  |
| Semt                        |              |            | İl               |                       | İlçe    |           | Şehir            |            | Posta Kodu |  |  |  |

İşveren olarak, İş Kazası Olduğu Gün, Bu Vizite Kağıdını hazırlayıp birer nüshasını okula ve sağlık kuruluşuna vereceğimi ve bir nüshasını İşyerinde saklayacağımı, kaza günü öğrencinin okuluna İş Kazası Bildirim Formunu doldurarak ulaştıracağımı ve yasal süresi olan üç(3) iş günü içerisinde Kuruma(SGK) webden İş Kazası Bildirimi yapılmasını takip edeceğimi bildiğimi beyan ederim.

|                                                                                  |                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| Yukarıdaki Bilgilerin yanlış olması Sebebiyle, Sigortalıya Kurumca Yersiz Olarak |                                      |
| Yapılan her türlü masrafı Ödemeyi kabul ederim.                                  | İşverenin veya Vekilinin Adı- Soyadı |
| Tarih : ...../...../20                                                           | İmzası, Mühür veya Kaşesi            |