|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **T.C.****SOSYAL GÜVENLİK KURUMU** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |
| --- |
| **DEĞİŞİKLİK TALEP FORMU** |
| T.C. KİMLİK NUMARASI |  |
| ADI SOYADI |  |
| SİCİL (SSK-Bağ/Kur-E.S.) |  |
| TAHSİS NUMARASI |  |

|  |
| --- |
| Kurumunuzdan emekli/dul/yetim aylığı almaktayım. Aşağıda yapmış olduğum tercihe göre işlem yapılmasını arz ederim. |
|  | Aylığımı bir aylık olarak almak istiyorum. |
|  | Aylık aldığım Banka ve/veya Şubesini Aşağıda belirtilen şekilde değiştirilmesini istiyorum. |
|  | Adresimin aşağıda belirtilen şekilde değiştirilmesini istiyorum. |
|  | …/…/20…..tarihinde göreve başladım. Aylığımın kesilmesi istiyorum. |
|  | Ek’teki öğrenci belgesine göre aylığımın ödenmesine devam edilmesini istiyorum. |
|  | ………………………………’den/dan doğan istihkakımın ödenmesini istiyorum. |
|  | ………………………………………………………………………………….. |

Talep edilen Banka Adı :Talep edilen Şube Adı :Banka Hesap/IBAN Numarası :

|  |
| --- |
| **SİGORTALININ / HAK SAHİBİNİN** |
| **CEP TELEFONU** | **ADRES** | **AD-SOYAD/İMZA** |
| **E-POSTA** |
| **EK: 1** |
| **2** |

 |