

	T.C.ZİRAAT BANKASI A.Ş. VE T.HALK BANKASI A.Ş. MENSUPLARI EMEKLİ VE YARDIM SANDIĞI VAKFI	D-BEYAN VE TAAHHÜT OKUNDUKTAN SONRA İMZALAYINIZ.	Belgenin Düzenlendiği Tarih : ..... / ..... / .....
--	--	--	---

### HAK SAHİBİ BEYAN VE TAAHHÜT FORMU

#### A- ÜYE BİLGİLERİ

1	Adı ve Soyadı		Emekli <input type="checkbox"/>	Çalışan <input type="checkbox"/>	İstifa <input type="checkbox"/>	Vefat <input type="checkbox"/>
2	T.C.Kimlik No		İkametgâh Adres:			
3	Vakıf Sicil No					
4	Banka Sicil No					
5	Baba Adı		Posta Kodu:			
6	Uyruğu (Yabancı Ülke Adı)		Ev tel:	Cep No:		
			E-posta			

#### B-BAKMAKLA YÜKÜMLÜ OLDUĞU EŞ VE ÇOCUKLAR

	Adı Soyadı	TC Kimlik No	Doğum Tarihi	Sigortalıya Yakınlığı	Öğrenim Durumu	Çalışıp Çalışmadığı	Diğer Kurum Gelir veya Aylık Alıp Almadığı	Vakıf Sağlık Talebi Evet : E Hayır : H
1								
2								
3								
4								
5								
6								

#### C-BAKMAKLA YÜKÜMLÜ OLDUĞU ANNE VE BABA

	Adı Soyadı	TC Kimlik No	Sigortalıya Yakınlığı	Gelir veya Aylık Alıp Almadığı	Başka Çocuklarından Sağlık Yardımı Alıp Almadığı	Her türlü Kazançtan ve İrattan Elde Ettiği Gelir Var İse Miktarı	Vakıf Sağlık Talebi Evet : E Hayır : H
1							
2							

#### D-BEYAN VE TAAHHÜT

506 Sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu'nun Geçici 20 nci maddesine göre kurulmuş bulunan "T.C.Ziraat Bankası A.Ş. Ve T.Halk Bankası A.Ş.Mensupları Emekli Ve Yardım Sandığı Vakfı'na " (VAKIF) Vakıf Senedinin 18 nci maddesi ve ilgili Yönetim Kurulu kararı gereğince şahsım ve bakımla yükümlü olduğum, kişilerin ailevi, **medeni ve çalışma durumunda herhangi bir değişiklik olması durumunda derhal VAKFA bildireceğimi, bildirilmeyen değişikliklerden dolayı fuzulen tarafıma yapılan her türlü yardımların tutarını kanuni faizi ile birlikte hiçbir kovuşturmaya gerek kalmaksızın Vakıf tarafından talep edildiği anda geri ödeyeceğimi, ayrıca yanlış beyandan dolayı Vakıf'tan hiçbir hak talep etmeyeceğimi, bakımla yükümlü olduğum kişiler hakkında Vakfın her zaman için bilgi talebinde ve belge isteme hakkının olduğunu, yukarıdaki müeyyideler ile ilgili olarak açılacak kanuni kovuşturma sebebiyle yapılacak giderleri ve 5510 sayılı Kanun hükümleri gereğince yersiz yapılan ödemelerin tamamını da ödeyeceğimi,**

Kabul beyan ve taahhüt ederim.

Tarih: .... / .... / .....

ÜYE VEYA VEFAT EDEN ÜYENİN HAKSAHİBİ

Adı-Soyadı : .....

İmzası

## A  I K L A M A L A R

**Bu belge, Vakıf üyesi ile ölen sigortalıların hak sahiplerine (eş, çocuk, ana ve baba) maaş bağlanması veya sağlık yardımı talep edilmesi amacıyla kullanılır. Ayrıca, bunların kesilen ya da durdurulan gelir ve aylıklarının yeniden bağlanması veya durum değişikliği nedeniyle sağlık yardımlarının yeniden başlaması durumunda doldurulması zorunludur.**

Bu belgedeki detay açıklamalar aşağıda belirtilmiştir.

### **A-ÜYE BİLGİLERİ**

Bu bölümde üye veya vefat eden üyelerin özlük bilgileri doldurulacaktır. Üyenin durum bilgisi (emekli, çalışan, istifa, vefat) olarak mutlaka belirtilmelidir.

Vakfımızdan istifa edip, sosyal güvencesiz kalan üyelerimizin yıl içinde 90 günden fazla primi olması durumunda Vakfın sağlık imkanlarından yararlanma süresi işten ayrıldığı tarihten itibaren 100 aksi takdirde 10 gündür.

### **B-BAKMAKLA YÜKÜMLÜ OLDUĞU EŞ VE ÇOCUKLAR**

Bu bölümde Üyemizin bakmakla yükümlü olduğu hak sahibi eş ve çocuk bilgileri var ise doldurulacaktır. Vakfımıza yapılan maaş veya sağlık yardımı talepleri bu bölümde işaretlenecektir.

### **C-BAKMAKLA YÜKÜMLÜ OLDUĞU ANNE VE BABA**

Bu bölümde Üyemizin bakmakla yükümlü olduğu hak sahibi anne ve baba bilgileri var ise doldurulacaktır. Vakfımıza yapılan maaş veya sağlık yardımı talepleri ve diğer sosyal güvenlik kurumlarındaki gelir ve aylık bilgileri bu bölümde işaretlenecektir.

### **D-BEYAN VE TAAHHÜT**

Bu bölüm eksiksiz doldurulup, mutlaka imzalanmalıdır.