**AKBANK T.A.Ş. MENSUPLARI**

**TEKAÜT SANDIĞI VAKFI**

**MALULLÜK TESPİT TALEP FORMU**

**T.C. Kimlik No. :**

**Adı – Soyadı :**

**Vakıf Sicil Numarası :**

**Banka/Aksigorta Sicil No. :**

**Ev Telefonu :**

**Cep Telefonu :**

**E-Posta Adresi :**

**İkamet Adresi :**

Malullük aylığı bağlanabilmesi amacıyla, çalışma gücümün en az %60’ını kaybettiğimin tespitinin yapılabilmesi için, ikametgahıma en yakın bir hastaneye sevkimin yapılmasını talep ediyorum.

Gereğinin yapılmasını rica ederim.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tarih** | : |  |
| **İmza** | : |  |

**Ek :** Erkek üyelerimiz için askerlik terhis belgesi veya muaf olduğuna ilişkin rapor

Mevcut rahatsızlık ile ilgili tıbbi belgeler.