

KATILIMCI AD VE HESABINA KATKI PAYI ÖDEYEN KİŞİ DEĞİŞİKLİĞİ TALEBİ FORMU

Sadece değişiklik yapılması istenen alanların doldurulması gerekmektedir.

Sözleşme Numaraları*	
Değişiklik Tercihi	<input type="checkbox"/> 1- Mevcut Katılımcı Ad ve Hesabına Katkı Payı Ödeyen Kişinin, Sözleşmede Taraf Olmaktan Çıkarılması. <input type="checkbox"/> 2- Aşağıda belirtilen kişinin katılımcı ad ve hesabına katkı payı ödeyen kişi olması.

Tercih 2 İçin; (YENİ ÖDEYEN KİŞİ BİLGİLERİ)

Ad Soyad*		Uyruğu*	<input type="checkbox"/> T.C. <input type="checkbox"/> Diğer
Yeni Ödeyen Kişiyeye Ait Banka Müşteri No. Bilgisi*		Cinsiyet	<input type="checkbox"/> Erkek <input type="checkbox"/> Kadın
Baba Adı		Medeni Hali	<input type="checkbox"/> Bekar <input type="checkbox"/> Evli
Anne Adı		T.C. Kimlik No. / YKN / Mavi Kart No.*	
Doğum Tarihi / /	Mesleği*	
Doğum Yeri İlçe		Aylık Net Geliri*	
İl		Eğitim Durumu	
Ülke			

Adres ve İletişim Bilgileri

Adres Tipi*	<input type="checkbox"/> Ev <input type="checkbox"/> İş	Adres*	
Ev / İş Telefonu		Cep Telefonu*	
İl*		İlçe*	
Posta Kodu	<input type="checkbox"/> Türkiye <input type="checkbox"/> Diğer	E-posta Adresi*	
Diğer ise Ülke Adı			

Ödeme Aracı Bilgileri*

Kredi Kartı Hesabından Otomatik Ödeme Banka Hesabından Ödeme

Banka Hesabı Bilgileri

Hesap Sahibi*	
Banka Adı*	
Şube Adı/No	
Hesap No*	Ek-No*
IBAN*	

IBAN (Uluslararası hesap numarası) ve hesap bilgilerinin birlikte iletilmesi zorunludur. IBAN' ın belirtilmediği durumlarda yukarıda beyan ettiğim hesap numaram ile işlem yapılmasını kabul ve beyan ederim.

Katılımcı Ad ve Hesabına Katkı Payı Ödeyen Kişinin İmzası*

Lütfen 2 sayfalık formdaki tüm alanları eksiksiz doldurunuz.

Kredi Kartı Bilgileri	
Banka Adı*	
Kart Tipi*	<input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> Mastercard <input type="checkbox"/> Troy
Kredi Kartı No**	_____ / _____ / _____ / _____
Son Kullanma Tarihi* (Ay-Yıl) / /

Muvafakatname

Katılım Emeklilik ve Hayat A.Ş. (Şirket)' den satın almış olduğum tüm sözleşmeler yürürlükte kaldığı sürece, katkı payı ödemelerinin ve belirtilen katkı payı tutarının dönemsel olarak ya da talebim doğrultusunda arttırılması durumunda ilgili vade tutarının, ek katkı payı ödemelerinin, varsa başlangıçta alınması gereken veya taksitlendirilen giriş aidatı tutarının, planda tanımlı olması kaydıyla varsa başlangıç katkı payının; işbu talimatım doğrultusunda ayrıca bir yazılı talimatım bulunmuyor ise yukarıda belirtilen kredi kartı ya da bankaya hesabımdan tahsil edilmesine muvafakat ederim. Yukarıda bilgileri yazılı olan kredi kartımın, herhangi bir tüzel kişiliğe ait olmadığını beyan ederim.

	Katılımcının*	Katılımcı Ad ve Hesabına Katkı Payı Ödeyen Kişinin İmzası*
Ad Soyad*		
İmza*		

* **Bu alanların doldurulması zorunludur.** Kimlik No alanına Yabancı uyruklu kişiler için Yabancı Kimlik Numarası, Mavi Kart sahibi kişiler için ise Mavi Kart Numarasının yazılması gereklidir.

** Kredi kartının katılımcı veya katılımcı ad ve hesabına katkı payı ödeyen kişiye ait olması şarttır.

Talebinizin işleme alınabilmesi için bu formu, nüfus cüzdanı veya mavi kartın önlü arkalı çekilmiş fotokopisi ile birlikte aşağıda belirtilen faks numarasına fakslayabilir, " info@katilimemeklilik.com.tr" adresine e-posta olarak gönderebilir, şirketimizin Genel Müdürlük adresine posta ile gönderebilir veya talebinizi 0 850 226 0 123 no'lu Çağrı Merkezimizi arayarak iletebilirsiniz.

Ödeme bilgileri değişiklik talimatıma istinaden, Bireysel Emeklilik Sözleşme/lerim üzerinde mevcut bir ara verme talimatım var ise, söz konusu ara verme talimatımın kaldırılmasına ve tarafımdan aksine bir talep iletilinceye kadar katkı payı ve/veya giriş aidatı ödemelerimin yukarıda belirtilen kredi kartımdan/banka hesabımdan Katılım Emeklilik ve Hayat A.Ş. tarafından tahsil edilmesine izin verdiğimi beyan ederim.

_____ No'lu sözleşme kapsamında ad ve hesabına katkı payı ödediğim katılımcı ile şahsım arasında herhangi bir işveren-çalışan ilişkisi/iş akdi bağı bulunmadığını ve ilerleyen dönemde katılımcı ile şahsım arasında herhangi bir işveren-çalışan ilişkisi/iş akdi bağı oluşması durumunda, bu durumu Katılım Emeklilik ve Hayat A.Ş.'ye bildireceğimi beyan ve taahhüt ederim.

Katılımcı Ad ve Hesabına Katkı Payı Ödeyen Kişinin İmzası*	
--	--

Yukarıdaki işveren-çalışan ilişkisi veya iş akdi bağı beyan alanının doldurulması zorunludur. Beyan alanının doldurulmadığı Ödeyen Bilgileri Değişikliği Talep Formları işleme alınmayacaktır

Katılım Emeklilik ve Hayat A.Ş tarafından bildirdiğimiz faks, telefon, e-posta, çağrı merkezi, sosyal medya vs. bütün iletişim araçlarınıza, Katılım Emeklilik ve Hayat A.Ş. tarafından her türlü ticari elektronik iletinin gönderilmesine ve her türlü pazarlama/tanıtım faaliyeti yapmasına 6563 sayılı Kanun ve ilgili mevzuata uygun olarak,	
<input type="checkbox"/> ONAY VERİYORUM	<input type="checkbox"/> ONAY VERMİYORUM (REDDEDİYORUM)
Tarih* / /
	Katılımcı Ad ve Hesabına Katkı Payı Ödeyen Kişinin İmzası

Lütfen 2 sayfalık formdaki tüm alanları eksiksiz doldurunuz.