

## HAYAT VE FERDİ KAZA ÖDEME BİLGİLERİ DEĞİŞİKLİĞİ TALEP FORMU

Değişiklik yapılması istenen alanların doldurulması gerekmektedir.

Police Numarası*	
SİGORTALI/SİGORTALI AD VE HESABINA PRİM ÖDEYEN KİŞİ BİLGİLERİ	
Ad Soyad*	
TC Kimlik No*	
Tarih*	..... /..... /..... İmza*
Ad Soyad*	
TC Kimlik No*	
Tarih*	..... /..... /..... İmza*
Ödeme Günü Değişikliği	Yeni Ödeme Günü
Kredi Kartı SKT Değişikliği	Son Kullanma Tarihi (Ay-Yıl) .....
Ödeme Aracı	<input type="checkbox"/> Kredi Kartı Hesabından Otomatik Ödeme <input type="checkbox"/> Banka Hesabından Ödeme
Hesap Sahibi*	
Banka Adı*	
Şube Adı/No*	
Hesap No*	
Uluslararası Banka Hesap Numarası (IBAN)*	

Banka hesabının, Albaraka veya Kuveyt Türk Katılım Bankası'na tanımlı hesap numarası olma şartı aranır. 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.

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 poliçeler yürürlükte kaldığı sürece, prim ödemelerinin ve belirtilen prim tutarının, dönemsel olarak ya da talebim doğrultusunda arttırılması durumunda yukarıda belirtilen kredi kartı hesabımdan veya banka hesabımdan tahsil edilmesi için Şirket'e tam yetki verdiğimi ve bu kredi kartımın değişmesi ya da son kullanma tarihinin değişmesi durumunda da işbu talimatım doğrultusunda ayrıca bir yazılı talimatı bulunmuyor ise yine bu yetkinin geçerli olduğunu kabul, beyan ve taahhüt ederim.

Aşağıda Belirtilen E-posta Adresime Gönderilsin

E-posta

 Aşağıda Belirtilen Faks Numarama Gönderilsin

Faks

 Aşağıda Belirtilen Posta Adresime Gönderilsin

Adres

\* **Bu alanların doldurulması zorunludur.** Yabancı uyruklu kişiler için T.C. Kimlik No bölümüne Yabancı Kimlik Numarası yazılmalıdır.

\*\* Kredi kartının sigortalı veya sigorta ettiren ad ve hesabına prim ödeyen kişiye ait olması şarttır.

Talebinizin işleme alınabilmesi için bu formu, 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.