

BES ÖDEME BİLGİLERİ DEĞİŞİKLİĞİ TALEP FORMU

Sadece değişiklik yapılması istenen alanların doldurulması gerekmektedir.

Sözleşme Numaraları*	
KATILIMCI / KATILIMCI AD VE HESABINA KATKI PAYI ÖDEYEN KİŞİ	
Ad Soyad*	
Kimlik No*	
Tarih* /..... /.....	İmza*
Ödeme Günü Değişikliği	
Yeni Ödeme Günü	
Düzenli Katkı Payı Tutarı	

- Yeni katkı payı tutarı, emeklilik planının asgari katkı payından küçük olamaz.

Ödeme Periyodu Değişikliği	<input type="checkbox"/> Aylık <input type="checkbox"/> 3 Aylık <input type="checkbox"/> 6 Aylık <input type="checkbox"/> Yıllık
Kredi Kartı SKT Değişikliği	
Son Kullanma Tarihi* (Ay-Yıl) /.....
Ödeme Aracı Değişikliği	<input type="checkbox"/> Kredi Kartı Hesabından Otomatik Ödeme <input type="checkbox"/> Banka Hesabından Ödeme <input type="checkbox"/> Nakit/Maaştan Kesintili
Hesap Sahibi*	
Banka Adı*	
Şube Adı/No*	
Hesap No*	Ek No*
IBAN*	-----

HESAP SÜPÜRME TERCİHİ

Katılım Emeklilik ve Hayat A.Ş.'den bu teklif formu ile satın almış veya ödeyeni olduğum sözleşme/poliçe yürürlükte olduğu sürece yapılacak olan tüm katkı payı/primi ödemelerinde, söz konusu sözleşmede/poliçede tanımlı banka hesabımın/kredi kartımın tahsilata müsait olmaması durumunda müşteri numarasına bağlı tüm vadesiz TL hesaplarımın ve/veya mali bilgilerde tanımlı tüm kredi kartlarımın tahsilatının sorgulanmasını ve bakiye olması durumunda katkı payı/primi ödemeye ilişkin tahsilatın söz konusu hesap ya da kredi kartımdan yapılmasını kabul, beyan ve taahhüt ederim.

Evet Hayır

Lütfen 2 sayfalık formdaki tüm alanları eksiksiz doldurunuz.

Form: FRM65

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. 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 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.

*** 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, 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.

Tarih* / /	İmza*	
--------	-----------------------	-------	--

Lütfen 2 sayfalık formdaki tüm alanları eksiksiz doldurunuz.

Form: FRM65