



**FORM BİLGİLERİ**

Katılımcı Adı Soyadı : \_\_\_\_\_  
Katılımcı T.C. Kimlik No : \_\_\_\_\_  
Sözleşme No (Mevcut Hesaba İlişkin) : \_\_\_\_\_  
Sözleşme No (Varsa Birleştirilen Hesaba İlişkin): \_\_\_\_\_  
Bireysel Emeklilik Sicil No : \_\_\_\_\_  
Hesap Özeti Referans No : \_\_\_\_\_  
Aday Şirketin Adı : \_\_\_\_\_  
Aday Şirketteki Plan No ve Adı : \_\_\_\_\_  
Aday Şirkete Ait Teklif Referans No : \_\_\_\_\_  
Katılımcı Telefon No : \_\_\_\_\_  
Emeklilik Şirketi İletişim Bilgileri : \_\_\_\_\_  
Adres : \_\_\_\_\_  
Faks No : \_\_\_\_\_  
Telefon No : \_\_\_\_\_

**Ayrılma nedenlerinizi belirtiniz:**

(Bu alan istatistik amaçlıdır. Şirketimizce verilen hizmet kalitesinin artırılması için doldurmanızı rica ederiz.)

- Kesinti oranları   
- Satış aşamasında yanlış bilgilendirme   
- Hizmetlerden duyulan memnuniyetsizlik   
- Fon getirilerinin yetersizliği   
- Diğer : \_\_\_\_\_

Yukarıdaki bilgiler doğrultusunda hesap birleştirme/aktarım işleminin yapılmasını talep ediyorum.

Hesap özetinde belirtilen tutarda hesap birleştirme/aktarım işlemi tamamlanıncaya kadar geçecek sürede fon birim fiyatındaki farklılıklar nedeniyle değişiklik olabileceğini biliyorum.

Katılımcı Adı Soyadı:

Tarih : \_\_\_\_\_  
İmza :

Bu form ile birlikte kimlik fotokopinizi 0216 454 05 45 numaralı faksımıza iletmenizi rica ederiz.