



\_\_\_\_\_ numaralı Bireysel Emeklilik Sözleşmemin KATKI PAYI TUTARI'nın aşağıda belirttiğim doğrultuda değiştirilmesini rica ederim.

Katkı Payı Değişikliğinin

Geçerli Olacağı Vade Tarihi: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Eski Katkı Payı Tutarı : \_\_\_\_\_  TL  USD  EURO

Eski Ödeme Periyodu : \_\_\_\_\_  Aylık  3 Aylık  6 Aylık  Yıllık

Yeni Katkı Payı Tutarı : \_\_\_\_\_  TL  USD  EURO

Yeni Ödeme Periyodu : \_\_\_\_\_  Aylık  3 Aylık  6 Aylık  Yıllık

**Katılımcının**

Adı : \_\_\_\_\_

Soyadı : \_\_\_\_\_

Anne Adı : \_\_\_\_\_

Baba Adı : \_\_\_\_\_

Doğum Yeri : \_\_\_\_\_

Doğum Tarihi : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Tarih : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Telefon Numarası

Ev : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

İş : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Cep : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

İmza :

Bireysel Emeklilik Sistemi'nde düzenli katkı payı ödemesi emeklilik hakkının kazanılabilmesi için çok önemlidir.\* Ödemelerini kredi kartı ile yapan katılımcılarımızın; katkı payı ödemelerine düzenli bir şekilde devam edebilmeleri için, şirketimiz sisteminde kayıtlı kredi kartından tahsilat yapılamaması durumunda (kaybolması, çalınması, yenilenmesi gibi nedenlerle) kullanılmak üzere ikinci kredi kartı bilgilerini paylaşmalarını önermekteyiz. Bunun için aşağıdaki 2. Kredi Kartı Bilgileri bölümünün doldurulup imzalanarak tarafımıza iletilmesi yeterli olacaktır.

Diğer ödeme tercihleri olan otomatik ödeme/havaleyi kullanan katılımcılarımızın ise, katkı payı ödemelerine kredi kartı ile devam etmeye karar vermeleri durumunda www.cardifemeklilik.com.tr adresinde Bireysel Emeklilik başlığı altında yayınlanan "Ödeme Bilgileri Değişikliği Formu"nu doldurup tarafımıza iletmeleri ya da 444 43 23 numaralı Müşteri Yönetim Merkezi'ni aramaları gerekmektedir.

\* Bireysel Emeklilik Sistemi'nde emeklilik hakkının kazanılabilmesi için en az 10 yıl düzenli katkı payı ödemesinin yapılması ve katılımcının 56 yaşını doldurması gerekmektedir.

**2. Kredi Kartı Bilgileri**

Şirketinizde kayıtlı bulunan kredi kartından katkı payı tahsilatı sırasında problem olması durumunda aşağıda bilgileri bulunan kredi kartından tahsilat yapılabilmesi için şirketinize yetki verdiğimi kabul ve beyan ederim.

Kart Sahibinin Adı Soyadı : \_\_\_\_\_

Banka Adı : \_\_\_\_\_

Kredi Kartı No : \_\_\_\_\_

Son Kullanma Tarihi : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ CVV: \_\_\_\_\_

Tarih : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ İmza: \_\_\_\_\_

Bu formu eksiksiz olarak doldurduktan sonra 0216 454 05 47 nolu Cardif Emeklilik Müşteri Yönetim Merkezi faksımıza göndermenizi rica ederiz.