



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.