



Katılımcı Adı Soyadı : _____
Katılımcı TCKN/Yabancı Kimlik No : _____
Vergi Kimlik No* : _____ Vergi Dairesi*: _____
Katılımcı Telefon Numarası : _____
Mevcut Sözleşme No : _____
(İptal Edilecek)
Üzerinde Birleştirilecek Sözleşme No : _____
(Yürürlükte Kalacak)
Bireysel Emeklilik Sicil No : _____
Hesap Özeti Referans No : _____
Yeni Katkı Payı Ödeme Periyodu : Aylık 3 Aylık 6 Aylık Yıllık
Yeni Katkı Payı Para Cinsi : TL EURO USD
Yeni Katkı Payı Tutarı : _____

*Türkiye'de altı aydan kısa süredir ikamet etmesi nedeniyle yabancı kimlik numarası olmayan yabancı uyruklu kişiler içindir.

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

Yukarıdaki bilgiler doğrultusunda hesap birleştirme işleminin yapılmasını talep ediyorum.

Katılımcı (Adı-Soyadı)
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 paylamalarını 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.bnpparibascardif.com.tr adresinde Bireysel Emeklilik başlığı altında yayınlanan "Ödeme Bilgileri Değişikliği Formu"nu doldurup tarafımıza iletmeleri ya da 444 43 23 numaralı Müşteri İletişim 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 BNP Paribas Cardif Emeklilik Müşteri İletişim Merkezi faksımıza göndermenizi rica ederiz.