

ÖDEME BİLGİ DEĞİŞİKLİĞİ VE MUVAFAKATNAME FORMU

Sözleşme Numarası	
-------------------	--

Talep Edilen

Katkı Payı Tutarı	<input type="checkbox"/> TL <input type="checkbox"/> Dolar <input type="checkbox"/> Euro
Ödeme Dönemi	<input type="checkbox"/> Aylık <input type="checkbox"/> 3 Aylık <input type="checkbox"/> 6 Aylık <input type="checkbox"/> Yıllık
Ödeme Şekli	<input type="checkbox"/> Kredi Kartından Otomatik <input type="checkbox"/> Hesaptan Ödeme Talimatı

Kredi Kartından Otomatik Ödeme

Kart Numarası	<input type="text"/>
Son Kullanma Tarihi	

Hesaptan Otomatik Ödeme

Hesap Numarası	<input type="text"/>
Şube Adı/Kodu	

Bireysel Emeklilik Sözleşmesi'ne ait katkı paylarının yukarıda belirtmiş olduğum ödeme bilgileri verilen banka hesabımdan/kredi kartımdan otomatik olarak Cigna Finans Emeklilik ve Hayat A.Ş. tarafından otomatik olarak tahsil edilmesini beyan ve kabul eder, işbu talimatım gereğince hareket edilmesini rica ederim.

Talep Sahibinin Bilgileri	
Base Numarası	
Sözleşme ile İlişkisi	<input type="checkbox"/> Katılımcı <input type="checkbox"/> Katılımcı Ad ve Hesabına Katkı Payı Ödeyen Kişi
Adı Soyadı	
T.C. Kimlik/Mavi Kart Numarası	
Vergi Kimlik Numarası*	
Telefon Numarası (Cep)	
Mesleği	
Aylık Ortalama Gelir Aralığı (Brüt/TL)	<input type="checkbox"/> 0-1.500 <input type="checkbox"/> 1.500-3.000 <input type="checkbox"/> 3.000-5.000 <input type="checkbox"/> 5.000 – 10.000 <input type="checkbox"/> 10.000 +

Ad ve hesabıma katkı payı ödeyen kişi ile aramda işçi-İşveren ilişkisi olmadığını beyan ederim. Bu beyanımda aksi bir durumun tespit edilmesi ve hesabıma intikal eden Devlet Katkısı ödemelerimin, Cigna Finans Emeklilik ve Hayat A.Ş. aracılığı ile Hazine Müsteşarlığı'na iade edilmesinin gerekmesi halinde, bu konudaki sorumluluğun tarafıma ait olduğunu ve Cigna Finans Emeklilik ve Hayat A.Ş.'den hiçbir hak, alacak veya tazminat talebinde bulunmayacağımı beyan ve kabul ederim.

Katılımcı ve Katılımcı Ad ve Hesabına Katkı Payı Ödeyen Kişinin farklı olduğu durumda her iki kişinin de imzası gereklidir.

Katılımcı

Adı Soyadı :
Tarih :
İmza :

Katılımcı Adı ve Hesabına Katkı Payı Ödeyen Kişi

Adı Soyadı :
Tarih :
İmza :

*Yabancı uyruklu kişiler için doldurulması zorunlu alanlardır.

**Ödeyen değişikliği işlemlerinde değişiklik yapan kişinin T.C. Kimlik/Yabancı Kimlik/Mavi Kart fotokopisi bu belge ile birlikte gönderilmelidir.