



**FORM BİLGİLERİ**

Katılımcı Adı Soyadı : \_\_\_\_\_

Katılımcı T.C. Kimlik No : \_\_\_\_\_

Bireysel Emeklilik Sözleşme No : \_\_\_\_\_

Katılımcının Birikiminin Yatırılmasını Talep Ettiği Banka Adı : \_\_\_\_\_

Şube Adı : \_\_\_\_\_

Şube Kodu : \_\_\_\_\_

Hesap No : \_\_\_\_\_

Hesap Sahibi Adı Soyadı : \_\_\_\_\_  
(Sadece katılımcı veya katılımcı ad ve hesabına ödeyen kişi adına ödeme yapılabilir.)

Hesap Sahibi T.C. Kimlik No : \_\_\_\_\_

IBAN : \_\_\_\_\_

Katılımcı Telefon No : \_\_\_\_\_

Emeklilik Şirketi İletişim Bilgileri : Cardif Emeklilik A.Ş.  
Eski Büyükdere Caddesi No: 209  
Tekfen Tower 4. Levent 34394 İstanbul  
T: 0212 319 32 00  
F: 0212 357 00 90

**Ayrılma nedenlerinizi belirtiniz:**

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

- Kredi kartı vb. borcunu ödemek
- Ev/araba vb. satın almak
- Fon getirilerinin yetersizliği
- Hizmetlerden duyulan memnuniyetsizlik
- Satış aşamasında yanlış bilgilendirme
- Diğer : \_\_\_\_\_

Yukarıdaki bilgiler doğrultusunda ayrılma işleminin yapılmasını talep ediyorum.

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

Katılımcı Adı Soyadı:

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

Bu formun şirkete intikalinden itibaren 7 işgünü içinde ayrılma işleminiz sonuçlandırılacaktır.  
Bu form ile birlikte kimlik fotokopinizi 0216 454 05 47 numaralı faksımıza iletmenizi rica ederiz.