

T.C. Kimlik Numarası :   
Bireysel Emeklilik Sözleşme No:   
Poliçe No :

**Katılımcı / Sigortalı Bilgileri**

Adı :   
Soyadı :   
Anne Adı :   
Baba Adı :   
Doğum Tarihi :   
Değişiklik Geçerlilik Tarihi :

Yukarıda bilgileri olan sözleşmemde / poliçemde yer alan lehtar bilgilerinin  /  /  tarihi itibarıyla aşağıdaki şekilde değiştiğini beyan eder gereğinin yapılmasını rica ederim.

Katılımcı / Sigortalı  
İmza

**Yeni Lehtarlar****1.Lehtar**

Adı :  Soyadı :   
T.C. Kimlik Numarası :   
Lehtar Payı : %   
Anne Adı :  Baba Adı :   
Doğum Tarihi :  /  /  Doğum Yeri :   
Telefon :  Ev :   
İş :  Gsm :   
Faks Numarası :   
Yazışma Adresi :   
Posta Kodu :  İlçe / İl :   
E-posta :

**2.Lehtar**

Adı :  Soyadı :   
T.C. Kimlik Numarası :   
Lehtar Payı : %   
Anne Adı :  Baba Adı :   
Doğum Tarihi :  /  /  Doğum Yeri :   
Telefon :  Ev :   
İş :  Gsm :   
Faks Numarası :   
Yazışma Adresi :   
Posta Kodu :  İlçe / İl :   
E-posta :

Lehtar sayısının ikiden fazla olması durumunda formu çoğaltarak doldurmanızı ve tüm formları birlikte **0216 454 05 45** numaralı faksımıza göndermenizi rica ederiz.