



AKTARIM TALEP FORMU

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.