

## Ödeme Bilgi Değişikliği 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

Kredi Kartı Numarası	_____ * * * * *
Son Kullanma Tarihi	_____

### Hesaptan Otomatik Ödeme

Hesap Numarası	_____
Şube Adı / Kodu	_____

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

### Talep Sahibi 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*	
Cep Telefonu Numarası	
Mesleği	
Aylık Ortalama Gelir Aralığı (Brüt)	<input type="checkbox"/> 0 TL -1.500 TL <input type="checkbox"/> 1.500 TL – 3.000 TL <input type="checkbox"/> 3.000 TL – 5.000 TL <input type="checkbox"/> 5.000 TL – 10.000 TL <input type="checkbox"/> + 10.000 TL

\*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.

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 Sağlık Hayat ve Emeklilik A.Ş. aracılığı ile Hazine Müsteşarlığı'na iade edilmesinin gerekmesi halinde, bu konudaki sorumluluğun tarafıma ait olduğunu ve Cigna Sağlık Hayat ve Emeklilik 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

Ad Soyad :  
Tarih :  
İmza :

#### Katılımcı Ad ve Hesabına Katkı Payı Ödeyen Kişi

Ad Soyad :  
Tarih :  
İmza :

İşbu başvuru 1 sayfadan oluşmaktadır ve bir bütündür.

50-ÖBD-2-1120-2