

**Plan / Katkı Payı Dağılım Oranı / Katkı Payı Tutarı Değişikliği Formu****Talep Sahibi Bilgileri**

Adı Soyadı			
Sözleşme Numarası		Cep Telefonu No.	
T.C. Kimlik / Mavi Kart No.		Vergi Kimlik No.*	

\* Yabancı uyruklu kişiler için doldurulması zorunlu alanlardır.

**Emeklilik Planı**

Mevcut Plan	
Talep Edilen Plan Adı	
Katkı Payı Tutarı (TL)	

**Emeklilik Yatırım Fonları**

	Mevcut Dağılım (%)	Talep Edilen Dağılım (%)
Cigna Sağlık Hayat ve Emeklilik A.Ş. Para Piyasası Emeklilik Yatırım Fonu		
Cigna Sağlık Hayat ve Emeklilik A.Ş. Kamu Borçlanma Araçları Emeklilik Yatırım Fonu		
Cigna Sağlık Hayat ve Emeklilik A.Ş. Birinci Hisse Senedi Emeklilik Yatırım Fonu		
Cigna Sağlık Hayat ve Emeklilik A.Ş. İkinci Değişken Emeklilik Yatırım Fonu		
Cigna Sağlık Hayat ve Emeklilik A.Ş. Birinci Değişken Emeklilik Yatırım Fonu		
Cigna Sağlık Hayat ve Emeklilik A.Ş. Standart Emeklilik Yatırım Fonu		
Cigna Sağlık Hayat ve Emeklilik A.Ş. Altın Emeklilik Yatırım Fonu		
Cigna Sağlık Hayat ve Emeklilik A.Ş. Borçlanma Araçları Emeklilik Yatırım Fonu		
Cigna Sağlık Hayat ve Emeklilik A.Ş. Dış Borçlanma Araçları Emeklilik Yatırım Fonu		

- Hem birikimlerimin hem de yeni katkı payı ödemelerimin, talep edilen dağılıma uygun hale getirilmesini,  
 Sadece eski birikimlerimin talep edilen dağılıma uygun hale getirilmesini, yeni katkı payı ödemelerimin mevcut haliyle devam etmesini,  
 Sadece yeni katkı payı ödemelerimin talep edilen dağılıma uygun hale getirilmesini, birikimlerimin mevcut haliyle devam etmesini talep ederim.

**Not:** Plan değişikliğiyle fon dağılımını değiştiren bir katılımcı için bu değişiklik hem mevcut birikim tutarını hem de değişiklik talebinde bulunulan tarihten itibaren ödenecek katkı payı tutarlarını kapsar.

**Risk Profili Anketi**  İstiyorum  İstemiyorum

Risk profil anketi istenmesi durumunda, anketin doldurulması gerekmektedir.

**Katılımcı**

Ad Soyad :

Tarih :

İmza :

İşbu başvuru 1 sayfadan oluşmaktadır ve bir bütündür.

50-PKP-2-1220-3