

## KİŞİSEL BİLGİ DEĞİŞİKLİĞİ FORMU

Tarih: ...../...../.....

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

Değişiklik yapılacak kişiyi belirlemek için aşağıdaki seçeneklerden birini işaretleyiniz.

Katılımcı

Katılımcı Adı ve Hesabına Ödeyen Kişi

Lehtar

Değişiklik Yapılacak Kişinin Mevcut Bilgileri	Geçerli Olacak Yeni Bilgiler
Adı Soyadı:	Adı Soyadı:
T.C. Kimlik No: _____	T.C. Kimlik No: _____
YKN Mavi Kart: _____	
Medeni Durum: Evli <input type="checkbox"/> Bekar <input type="checkbox"/>	Medeni Durum: Evli <input type="checkbox"/> Bekar <input type="checkbox"/>
Mesleği:	Mesleği:
Yazışma Adresi: Ev <input type="checkbox"/> İş Adres: <input type="checkbox"/>	Yazışma Adresi: Ev <input type="checkbox"/> İş Adres: <input type="checkbox"/>
Şehir:	Şehir:
Posta Kodu:	Posta Kodu:
Telefon:	Telefon:
Ev: _____	Ev: _____
İş: _____	İş: _____
E-Posta: _____@_____	E-Posta: _____@_____

Katılımcı Adı Soyadı : \_\_\_\_\_

İmza :

**Not:** Yalnızca değişiklik yapılacak bilgilerin doldurulması yeterlidir.