

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 **QNB Sağlık Hayat Sigorta 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 İşçi-İşveren ilişkisi olmadığını beyan ederim. Bu beyanımda aksi bir durumun tespit edilmesi ve hesabıma intikal eden Devlet Katkısı ödemelerimin, **QNB Sağlık Hayat Sigorta ve Emeklilik A.Ş.** aracılığı ile Hazine ve Maliye Bakanlığı'na iade edilmesinin gerekmesi halinde, bu konudaki sorumluluğun tarafıma ait olduğunu ve **QNB Sağlık Hayat Sigorta 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