

AKTARIM TALEP FORMU

FORM BİLGİLERİ

Sponsor Kuruluş Adı:

İşveren Grup Emeklilik Sözleşme Numarası:

Hesap Özeti Referans Numarası:

Sponsor Kuruluş Plan No:

Aday Şirketin Adı:

Aday Şirketteki Plan Numarası ve Adı:

Aday Şirkete Ait Teklif Referans Numarası:

Sponsor Kuruluş Telefon Numarası:

• Şirketten ayrılma nedenlerinizi belirtiniz:

(Bu alan istatistik amaçlıdır. Şirketinizce verilen hizmet kalitesinin artırılması için doldurmanızı rica ederiz.)

- Kesinti oranları
- Satış aşamasında yanlış bilgilendirme
- Hizmetlerden duyulan memnuniyetsizlik
- Fon getirilerinin yetersizliği
- Diğer:

Fiba Emeklilik ve Hayat A.Ş.

Adres : Kozyatağı Sarıkanarya Sok. No:16 Yolbulan Plaza B Blok K:5

Fax : 0216 665 28 02

Mersis No: 0396059952300012

Yukarıdaki bilgiler doğrultusunda aktarım işleminin yapılmasını talep ediyorum.

Hesap özetinde belirtilen tutarda aktarım işlemi tamamlanıncaya kadar geçecek sürede fon birim fiyatındaki farklılıklar nedeniyle değişiklik olabileceğini biliyorum.

Katılımcı Adı-Soyadı:

Tarih:/...../...../
İmza: