

KATILIMCI İŞ GÖRMEZLİK DURUMU BİLDİRİM FORMU

Bireysel Emeklilik Sicil No: _____

Düzenleme Tarihi: ____/____/____

Sözleşme No: _____

Katılımcı Ad - Soyad: _____

T.C. Kimlik No: Katılımcı Telefon No:

Yukarıda numarasını belirttiğim sözleşmeyle dahil olduğum Bireysel Emeklilik Sisteminden tarihi ____/____/____ itibari ile iş görmezlik durumu nedeniyle ayrılmak istiyorum. İş görmezlik durumumu belgeleyen resmi döküman ekte yer almaktadır. Gereğinin yapılmasını rica ederim.

Saygılarımla,

Katılımcı Ad - Soyad: _____

İmza:

Tarih: ____/____/____