

## ÖDEME DEĞİŞİKLİĞİ DİLEKÇESİ

VAKIF EMEKLİLİK A.Ş.  
GENEL MÜDÜRLÜĞÜ'NE  
İSTANBUL

..... Poliçe numaralı sigortalınızım. Poliçemin ödeme şeklinin aşağıda belirtilen şekilde değiştirilmesini istiyorum. Gerekli işlemlerin yapılmasını rica ederim.

Saygılarımla

Tarih: □□ / □□ / □□□□

İMZA

## SİGORTA ETTİREN KİŞİNİN

Adı : □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□  
Soyadı : □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□  
Poliçe Numarası : □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□  
TC Kimlik Numarası : □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□  
Ödemek İstediğim Miktar: □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□  
Ödeme Şekli : Aylık  3 Aylık  6 Aylık  Yıllık

## İLETİŞİM ADRESLERİ

Ev Tel : □□□□□□□□□□ İş Tel: □□□□□□□□□□  
Cep Tel : □□□□□□□□□□  
E - Posta : □□□□□□□□□□@□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□