

Katılımcı İş Göremezlik Durumu Bildirim Formu

Katılımcı Bilgileri

Katılımcı Adı Soyadı	_____	Sözleşme No	_____
E-posta*	_____@_____		
*Lütfen önemli belgelerin, duyuruların doğru olarak ulaştırılabilmesi için varsa geçerli e-posta adresinizi belirtiniz.			
T.C. Kimlik No	_____		
Vergi Dairesi*	_____		
Vergi Kimlik No*	_____		
*Yabancı uyruklular tarafından doldurulacaktır.			
Banka Adı	_____	Şube Adı	_____
İrtibat Telefonu	0 _____		
IBAN	TR _____		

Yukarıda numarasını belirttiğim sözleşmeyle dahil olduğum Bireysel Emeklilik Sistemi'nden tarihi itibarıyla iş göremezlik durumu nedeniyle ayrılmak istiyorum. İş göremezlik durumunu belgeleyen resmi doküman ekte yer almaktadır. Gereğinin yapılmasını rica ederim.

Katılımcının Adı Soyadı

İmza

İbraname

_____ tarihli İş Göremezlik Durumu Bildirim Formu kapsamında Zurich Yaşam ve Emeklilik A.Ş.'den belirttiğim bireysel emeklilik hesabımdaki tüm birikimlerimi ve bircümle alacaklarımı tamamen almış olduğumu beyan ve kabul ederim.

Böylece adı geçen şirkette hiçbir şekil ve surette alacağımın kalmadığını ve bir hak talebinde bulunmayacağımı ikrarla, Zurich Yaşam ve Emeklilik A.Ş.'yi teknil alacaklarımdan dolayı kesin ve gayrikabili rücu olmak üzere ibra ediyorum.

Katılımcı Adı Soyadı	_____	Sözleşme No	_____
Adres	_____		
Tarih	_____		

Katılımcının Adı Soyadı

İmza

Talebinizin işleme alınabilmesi için bu formun, katılımcı tarafından eksiksiz doldurulup imzalanması ve arkalı önlü çekilmiş nüfus cüzdanı fotokopisi, sürekli iş göremezlik geliri aldığınıza dair Sosyal Güvenlik Kurumu'ndan alınan onaylı belge, bağlı olduğunuz Sosyal Güvenlik Kurumu'ndan alınan sağlık raporu (herhangi bir Sosyal Güvenlik Kurumu'na bağlı olmayanlar için Devlet Hastanesi'nden alınabilir) ile birlikte şirketimizin aşağıda belirtilen Genel Müdürlük adresine posta, e-mail yada faks ile gönderilmesi gerekmektedir.