

VAKIF EMEKLİLİK A.Ş.
SİGORTALI DEVİR BAŞVURU FORMU

DEVREDİLECEK POLİÇE NO

POLİÇEYİ DEVİR ALACAK KİŞİYE AİT BİLGİLER ;

ADINIZ VE SOYADINIZ

DOĞUM TARİHİNİZ/.../.....

CİNSİYETİNİZ :

MESLEĞİNİZ (Serbest ibaresini kullanmayınız)

MENFAATDARLARINIZ

TELEFON NUMARANIZ

ADRESİNİZ

Boyunuz :

Kilonuz :

Günlük Sigara Tüketiminiz

Günlük Alkol Tüketiminiz

Eksik ya da sakat uzvunuz varsa belirtiniz.

Uzun süren bir hastalığınız ya da devamlı tedavi gerektiren bir durumunuz var mı ?
(Yüksek tansiyon, kalp, karaciğer, akciğer, böbrek, mide rahatsızlıklarına ya da kanser, tümör, kist gibi rahatsızlıklara sahip iseniz lütfen belirtiniz.)

Şeker hastalığınız varsa ne zaman başladığını, tedavi altında olup olmadığını ve kullandığınız ilaçları belirtiniz.

Ameliyat oldunuz ise tarihi, yeri ve nedenini belirtiniz.
Geçirmiş olduğunuz ameliyatla ilgili şu andaki sağlık durumunuz nasıl ?
(Ameliyat ile ilgili patoloji raporunuz varsa fotokopisini lütfen ekleyiniz.)

Şu anda tamamen sağlıklı olduğumu, işbu başvuru formunu doldurmamın şirketçe sigortaya kabul edildiğim anlamına gelmediğini ve yukarıda verdiğim tüm cevapların doğru olduğunu, her yıl primlerimin ve sigorta teminatlarımın resmi kuruluşlarca açıklanacak enflasyon oranında otomatik olarak yükseltilmesini beyan ve kabul ederim.

TARİH :

İMZA :

İstenen Evraklar : 1- Poliçe Aslı
2- Dilekçe