

SİGORTALI DEVİR BAŞVURU FORMUDEVREDİLECEK POLİÇE NO: **POLİÇEYİ DEVİR ALACAK KİŞİYE AİT BİLGİLER**Adı : Soyadı : Doğum Tarihi : / / Cinsiyet: K ET.C Kimlik No : Mesleği (Serbest
ibaresini kullanmayınız): Menfaatlarınız : Adı-Soyadı : T.C Kimlik No : Adres : Telefon : Boyunuz (cm) : Kilonuz (kg): Günlük Sigara Tüketiminiz (adet): 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 olmadığınızı ve kullandığınız ilaçları belirtiniz.

Ameliyat oldunuz ise tarihi, yeri ve nedeni 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.

Tarih: / /

İMZA

İstenen Evraklar

- Poliçe Aslı
- Dilekçe

GENEL MÜDÜRLÜKMuallim Naci Cad. No:22 Ortaköy 34347 Beşiktaş İstanbul
Müşteri Hizmetleri: 444 9 237