

Prim ve Ödeme Şekli Değişirme Formu



Poliçe Numarası: _____

Telefon Numarası: _____

Yeni Prim: _____ YTL / ABD DOLARI / EURO / STERLİN

Ödeme Şekli: Yıllık 6 Aylık 3 Aylık Aylık

SAĞLIK BEYANI

Aşağıda "EVET" cevabı verilen sorular için lütfen detaylı bilgi veriniz.

1. Ciddi bir hastalığa maruz kaldınız mı? Evet Hayır
(Kalp hastalıkları, yüksek tansiyon, şeker hastalığı, kanser, sara, felç, böbrek yetmezliği, karaciğer yetmezliği, ruh hastalıkları ve benzeri)

2. Hiç ameliyat oldunuz mu veya yatarak tedavi gördünüz mü? Evet Hayır

3. Şu anda herhangi bir sağlık sorunuz ya da sakatlığınız var mı? Evet Hayır

Yukarıdaki sorulara "HAYIR" cevabı verdiyseniz lütfen işaretleyiniz.

4. Hiç bir sağlık sorunuz yok.

Hayat sigortası poliçemde yukarıda bildirdiğim değişikliğin yapılmasını rica ederim.

Ad Soyad: _____

İmza: _____

Tarih: _____

Poliçenizle ilgili her türlü bilgi için **444 55 00**.