



**ANADOLU HAYAT
EMEKLİLİK**

Süre Deęiřtirme Formu

Poliçe Numarası:

Telefon Numarası:

Yeni sigorta bitiş tarihi:

SAęLIK 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. řu anda herhangi bir sağlık sorunuz ya da sakatlığınız var mı? Evet Hayır

Yukarıdaki sorulara “HAYIR” cevabı verdiyseniz lütfen işaretleiniz.

4. Hiç bir saęlık sorunuz yok.

Hayat sigortası poliçemde yukarıda bildirdiğim değişikliğin yapılmasını rica ederim.

Ad Soyad:

Tarih:

İmza:

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