

BİRİKİMLİ HAYAT SİGORTALARI DEĞİŞİKLİK FORMU

(Prim Ödeme Sıklığı, Prim Tutarı ve Risk Teminatları Değişikliği İçin)

POLİÇE NUMARASI: SİGORTA ETTİRENİN ADI SOYADI :
SİGORTALININ ADI SOYADI :

SADECE POLİÇE YIL DÖNÜMLERİNDE DEĞİŞTİRİLEBİLECEK BİLGİLER (BU BÖLÜMDEKİ DEĞİŞİKLİKLERİ POLİÇE YILDÖNÜMÜNDEN 1 AY ÖNCE ŞİRKETİMİZE ULAŞTIRINIZ)

PRİM ÖDEME ŞEKLİ	<input type="checkbox"/> AYLIK <input type="checkbox"/> 3 AYLIK <input type="checkbox"/> 6 AYLIK <input type="checkbox"/> YILLIK
PRİM Prim artışı talep etmeniz halinde yeni sigorta yılı için minimum vefat teminatı limitiniz, temel teminatlara ait yıllık primin 7,5 katı olacak şekilde hesaplanacaktır. (10 yıllık sigorta süresi için)	<input type="checkbox"/> PRİMİN % ARTIRILMASINI İSTİYORUM. <input type="checkbox"/> SEÇTİĞİM ÖDEME ŞEKLİNE GÖRE PRİMİN AŞAĞIDA YAZILI TUTARDA OLMASINI İSTİYORUM.TLABD DOLARIEURO LÜTFEN SADECE BİR SEÇENEĞİ İŞARETLEYİNİZ. İKİSİNİ DE İŞARETLESENİZ İLK SEÇENEK DİKKATE ALINACAKTIR.
VEFAT TEMİNATI	<input type="checkbox"/> VEFAT TEMİNAT TUTARINI MİNİMUM LİMİTTE İSTİYORUM. <input type="checkbox"/> VEFAT TEMİNAT TUTARINI MİNİMUM LİMİTİN ÜZERİNDE VE AŞAĞIDA YAZILI TUTARDA İSTİYORUM. VEFAT TEMİNAT TUTARITLABD DOLARIEURO
KAZA SONUCU VEFAT TEMİNATI VE SÜREKLİ SAKATLIK TEMİNATI (Bu bölüm sadece Kişisel Birikim Sigortalıları tarafından doldurulabilir). Vefat teminatı tutarında talep edilen değişiklik kaza sonucu vefat ve sürekli sakatlık teminat tutarında da yapılacaktır.	<input type="checkbox"/> EK TEMİNATLARIM YOK. EK PRİM ÖDEYEREK SATIN ALMAK İSTİYORUM. (Ek teminatların tutarı vefat teminatı tutarına eşittir.) <input type="checkbox"/> EK TEMİNATLARI İPTAL ETMEK İSTİYORUM.

Bu bölüm, Kaza Sonucu Vefat ve Sürekli Sakatlık Teminatı alındığı takdirde doldurulacaktır.

Motosiklet / Motorlu Bisiklet Kullanıyorum veya Bu Araçlara Biniyorum. EVET HAYIR
Mesleki Faaliyetler Dışında Sporla Uğraşıyorum. EVET HAYIR
Size en uygun sigorta priminin hesaplanabilmesi için cevabınız EVET ise lütfen uğraştığınız sporu belirtiniz.....
Deprem / Heyelan / Yanardağ Püskürmesine Karşı Güvence İstiyorum. EVET HAYIR

SİGORTALININ SAĞLIK DURUMU BİLGİLERİ (SAĞLIK DURUMUNDA BİR DEĞİŞİKLİK OLDU İSE MUTLAKA BELİRTİNİZ)

DEĞİŞİKLİK KONUSU	VARSA SAĞLIK DURUMU DEĞİŞİKLİKLERİ
1. Tedavi görmenizi gerektiren herhangi bir hastalığınız var mı? Varsa hastalığın adını, başlangıç tarihini ve mevcut durumunu açıklayınız. Uygulanan tedavinin süresine ve son durumuna ait rapor vb. sonuçları ekte gönderiniz.	
2. Noksan veya sakat uzvunuz var mı? Varsa açıklayınız.	
3. Kilo ve boy ölçüleriniz.	Kilo:kg Boy:cm

SORULARIN YANITLANMAMASI HAYIR OLARAK YANITLANDIĞI ANLAMINA GELECEKTİR.

SİGORTA ETTİRENİN ADI SOYADI :

SİGORTALININ ADI SOYADI :

İMZA :

İMZA :

..... / / 20.....