

GELECEĞE YATIRIM SİGORTASI DEĞİŞİKLİK FORMU (Vefat Teminatı Değişikliği için)

POLİÇE NUMARASI:

SİGORTA ETTİRENİN ADI SOYADI :

SİGORTALININ ADI SOYADI :

SADECE POLİÇE YIL DÖNÜMLERİNDE DEĞİŞTİRİLEBİLECEK BİLGİLER (BU BÖLÜMDEKİ DEĞİŞİKLİKLERİ POLİÇE YIL DÖNÜMÜNDEN BİR AY ÖNCE ŞİRKETİMİZE ULAŞTIRINIZ.)

DEĞİŞİKLİK KONUSU	DEĞİŞİKLİK İSTENİYORSA YENİ DURUM
VEFAT TEMİNATI Vefat Teminatı sigorta başlangıcında ödenen toplu tek primin %15'inden az olarak belirlenemez.	<input type="checkbox"/> VEFAT TEMİNATI TUTARININ ARTIRILARAK AŞAĞIDAKİ TUTARDA OLMASINI İSTİYORUM. <input type="checkbox"/> VEFAT TEMİNATI TUTARININ AZALTILARAK AŞAĞIDAKİ TUTARDA OLMASINI İSTİYORUM. VEFAT TEMİNAT TUTARI <input type="text"/> TL <input type="text"/> ABD DOLARI <input type="text"/> EURO
EK PRİM ÖDEMESİ	<input type="checkbox"/> VEFAT TEMİNATIMI ARTIRDIĞIMDAN DOLAYI ÖDEMEM GEREKEN EK PRİMİN POLİÇEMİN MEVCUT BİRİKİMİNDEN KESİLMESİNİ İSTİYORUM. <input type="checkbox"/> VEFAT TEMİNATINI ARTTIRDIĞIMDAN DOLAYI ÖDEMEM GEREKEN EK PRİMİ AŞAĞIDA İŞARETLEDİĞİM ŞEKİLDE ÖDEMEK İSTİYORUM.

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. Boy ve kilo ölçülerinizi belirtiniz.	Boy: cm Kilo:.....kg

SORULARIN YANITLANMAMASI "HAYIR" OLARAK YANITLANDIĞI ANLAMINA GELECEKTİR.

VEFAT TEMİNATININ ARTIRILMASI NEDENİYLE ÖDENMESİ GEREKEN EK PRİM ÖDEME KANALI

NAKİT HAVALE / EFT

KREDİ KARTI (Kredi kartı seçeneğinin işaretlenmesi halinde aşağıdaki bölümler doldurulacaktır.)

DİKKAT: KREDİ KARTI SAHİBİ, SİGORTA ETTİRENDEN FARKLI BİR KİŞİ OLAMAZ.

BANKA :

KREDİ KARTI TÜRÜ : VISA MASTERCARD

SON KULLANMA TARİHİ : /

KREDİ KARTI NO :

(CVC KOD) (K. Kartının arka yüzündeki son 3 rakam)

Groupama Emeklilik A.Ş. yukarıda verdiğim bilgiler doğrultusunda; sigorta poliçeme ait ek primi kredi kartı hesabımdan tahsil etmeye yetkilidir. Ek primin tahsil edilememesi (Son kullanım tarihinin dolması vb.) durumunda vefat teminatı tutarında herhangi bir değişiklik yapılmayacağını kabul ve beyan ederim.

KREDİ KARTI SAHİBİ:..... (SİGORTA ETTİRENDEN FARKLI BİR KİŞİ OLAMAZ)

ADI SOYADI:

İMZA:

Belirlediğiniz yeni vefat teminatı için ödemeniz gereken ek vefat primi tutarını çağrı merkezimizi arayarak öğrenebilirsiniz.

Çağrı Merkezi Numaramız: 444 0 999

SİGORTA ETTİRENİN ADI SOYADI:

SİGORTALININ ADI SOYADI:

İMZA:

İMZA:

_____ / _____ / 20_____