

ALLIANZ
BİREYSEL SAĞLIK ÜRÜN-PLAN DEĞİŞİKLİK FORMU

(Tüm Ürün-Plan değişikliklerinde doldurulacaktır.)

{Ürün/Plan yükseltmesinde, meriyet taleplerinde 1. Bölüme ek olarak 2. Bölüm de doldurulacaktır.}

	Kendisi	Eşi	Çocuğu	Çocuğu	Çocuğu																													
Adı, Soyadı																																		
Doğum Tarihi																																		
Doğum Yeri																																		
Baba Adı																																		
Anne Adı																																		
Anne Kızlık Soyadı																																		
TC. Kimlik No																																		
Vergi Dairesi																																		
Vergi Kimlik No																																		
Poliçe No			Partaj:																															
MEVCUT POLİCE TALEP EDİLEN POL	Aile H.	Optimum	Limitsiz	Özel Sağlık Sigortası									Yurtdışı Ek Sağlık Sigortası								Vitalis Sağlık				Vitamin Sağlık									
	1	2	1	2	1A	1B	1C	1D	2A	2B	2C	2D	2E	3A	3B	3C	1A	1B	2A	2B	3A	3B	4A	4B	1A	2A	1B	2B	1C	2C	2A	2B	2C	2D
	1	2	1	2	1A	1B	1C	1D	2A	2B	2C	2D	2E	3A	3B	3C	1A	1B	2A	2B	3A	3B	4A	4B	1A	2A	1B	2B	1C	2C	2A	2B	2C	2D
Ödeme Şekli:	Vadeli <input type="checkbox"/>		Peşin <input type="checkbox"/>		Ödeme Türü:		Kredi Kartlı <input type="checkbox"/>		Banka Ödeme Kuponu <input type="checkbox"/>																									
Bayan (18-44 yaş) adaylar için: Mevcut gebelik veya adet gecikmesi var mı? Evet ise son adet tarihi:/...../..... HAYIR																																		
Başka bir şirkette özel sağlık sigortanız var mı?																																		
Değişiklik Talebinin Nedeni/Açıklama:																																		
Şu anda elinizde şirketimizden talep etmediğiniz sağlık gideriniz var mı? Evet ise ekleyiniz: HAYIR																																		

Sigortalı Adı Soyadı :

Tarih :

Sigortalı imzası :

Acente Kasesi :