

DEĞİŞİKLİK FORMU

Police Numarası

Talep ettiğiniz değişikliği aşağıdaki tablodan işaretleyerek, yapmak istediğiniz değişiklikleri takip eden tablolardan yapabilirsiniz.

Bilgi Değişiklik Talebi

<input type="checkbox"/> 1. Ödeme Dönemi Değişikliği	<input type="checkbox"/> 3. Ödeme Aracı Değişikliği
<input type="checkbox"/> 2. Ödeme Tutarı Değişikliği	<input type="checkbox"/> 4. Lehtar Değişikliği

1. Ödeme Dönemi Değişiklik Talebi

Eski Ödeme Dönemi	<input type="checkbox"/> Aylık	<input type="checkbox"/> 3 Aylık	<input type="checkbox"/> 6 Aylık	<input type="checkbox"/> Yıllık
Talep Edilen Ödeme Dönemi	<input type="checkbox"/> Aylık	<input type="checkbox"/> 3 Aylık	<input type="checkbox"/> 6 Aylık	<input type="checkbox"/> Yıllık

İşbu poliçe yürürlükte kaldığı sürece yukarıda belirtilen ödeme dönemi tercihimе göre primlerin tahsil edilmesi konusunda QNB Sağlık Hayat Sigorta ve Emeklilik A.Ş.'ye tam yetki verdiğimi beyan ve kabul ederim.

2. Ödeme Tutarı Değişiklik Talebi

	Eski Prim Tutarı (TL)	Yeni Prim Tutarı (TL)
Ödeme Dönemi		

3. Ödeme Aracı Değişiklik Talebi

Yeni Ödeme Aracı	<input type="checkbox"/> Kredi Kartı	<input type="checkbox"/> Banka Hesap Numarası
------------------	--------------------------------------	---

Kredi Kartı Bilgileri

Adı Soyadı	
Kart Numarası	* * * *
Son Kullanma Tarihi	
Kart Sahibinin İmzası*	

Banka Hesap Bilgileri

Adı Soyadı	
Banka Adı	
Hesap Numarası	
Şube Adı / Kodu	
Hesap Sahibinin İmzası*	

*Kart sahibi ve hesap sahibi sigorta ettiren dışında bir kişiyse, imzası zorunludur.

Yukarıda belirtmiş olduğum ödeme bilgileri ile primlerin QNB Sağlık Hayat Sigorta ve Emeklilik A.Ş. tarafından otomatik olarak tahsil edilmesini beyan ve kabul ederim.

4. Lehtar Değişiklik Talebi

Yeni Lehtar Bilgileri - Lehtar 1

Adı Soyadı			
T.C. Kimlik / Mavi Kart Numarası		Vergi Kimlik Numarası*	
Doğum Tarihi		Telefon Numarası	
Lehtar Payı (%)			
Adres			

Yeni Lehtar Bilgileri - Lehtar 2

Adı Soyadı			
T.C. Kimlik / Mavi Kart Numarası		Vergi Kimlik Numarası*	
Doğum Tarihi		Telefon Numarası	
Lehtar Payı (%)			
Adres			

Yeni Lehtar Bilgileri - Lehtar 3

Adı Soyadı			
T.C. Kimlik / Mavi Kart Numarası		Vergi Kimlik Numarası*	
Doğum Tarihi		Telefon Numarası	
Lehtar Payı (%)			
Adres			

*Yabancı uyruklu kişiler için doldurulması zorunlu alanlardır.

Sigorta Ettiren

Ad Soyad :
Tarih :
İmza :

İşbu başvuru 2 sayfadan oluşmaktadır ve bir bütündür.

50-DBT-2-1120-2

QNB Sağlık Hayat Sigorta ve Emeklilik A.Ş.

Barbaros Mah. Kardelen Sok.
Palladium Tower No:2 Kat 28-29
34746 Ataşehir / İstanbul

Tel: +90 (216) 468 03 00 / +90 (850) 222 0 860
Faks: +90 (216) 368 71 26
Mail: info@qnbsigorta.com

Vergi No: 3880583115
Mersis No: 0388058311500013

qnbsigorta.com