

LEHTAR DEĞİŞİKLİK TALEP FORMU

Hayat Sigortası Poliçe No :
Sigortalı Adı Soyadı :
T.C. Kimlik No :

Yeni Lehtar Bilgileri

Değişiklik talebinize uygun olarak aşağıdaki bilgileri doldurunuz.

Lehtarlar

Değişiklik Yapılacak	1. LEHTAR	2. LEHTAR	3. LEHTAR
Lehtar Payı %			
Adı Soyadı			
Yakınlık Derecesi			
T.C. Kimlik No			
Yabancı Kimlik No			
Yazışma Adresi	Ev <input type="checkbox"/> İş <input type="checkbox"/>	Ev <input type="checkbox"/> İş <input type="checkbox"/>	Ev <input type="checkbox"/> İş <input type="checkbox"/>
Adres			
Şehir			
Posta Kodu			
Telefon No (Ev)			
Telefon No (İş)			
Telefon No (GSM)			
E-Posta			

Yukarıda belirttiğim değişikliklerin yapılmasını talep ederim.

Sigortalı Adı Soyadı : _____

İmza :

Not: Lehtar kimlik fotokopisi eklenmelidir.