

...../...../.....

İLETİŞİM BİLGİLERİ DEĞİŞİKLİK TALEP FORMU

Demir Sağlık ve Hayat Sigortası A.Ş. Genel Müdürlüğüne;

Sayın İlgili;

Şirketiniz nezhinde sigortalı olduğum numaralı poliçemle ilgili aşağıda belirttiğim iletişim bilgileri değişikliğinin yapılmasını rica ederim.

Yeni Adres ;.....
.....

Email ;.....

İletişim bilgisi ;
.....

Gereği için bilgilerinize sunulmuştur.

Sigortalı Adı soyadı ;
Tarih ;
TC kimlik numarası ;
İmza ;