

LEHTAR DEĞİŞİKLİK / BELİRLEME TALEP FORMU

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

Sayın İlgili;

Şirketiniz nezdinde.....kayıt numaralı poliçemin lehdar bilgilerinin / / tarihi itibarıyla aşağıda vermiş olduğum şekilde değiştirilmesini rica ediyorum.

Yeni Lehdar Bilgileri;

Yeni Lehtar Adı Soyadı	TC Kimlik	Pay Oranı (%)	Yakınlık Derecesi

Gereği için bilgilerinize sunulmuştur.

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