

## SİGORTA ETTİREN DEĞİŞİKLİK TALEP FORMU

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

**Sayın İlgili;**

..... numaralı poliçenin sigorta ettiren bilgilerinin aşağıdaki şekilde değiştirilmesi konusunda gereğini rica ederiz.

Yeni Sigorta Ettiren'e ait iletişim bilgileri;

Yazışma Adresi ;.....

Ev Telefon :.....

İş Telefon : GSM :.....

e-mail :.....

Yeni Sigorta Ettiren'e ait prim tahsilatlarında kullanılacak Kredi Kart bilgileri;

Kredi Kart No ( 16 haneli ) :...../...../...../.....

Kredi Kart Son Kullanım Tarihi :...../.....

Kredi kartı CVV Numarası :.....

**EK : Yeni ve mevcut Sigorta Ettiren'e ait kimlik fotokopileri**

Mevcut Sigorta Ettiren

Ad/Soyad

İmza

Yeni Sigorta Ettiren

Ad/Soyad

TCKN

İmza