

## Kişisel Bilgilerde Değişiklik Formu

Sözleşme Numarası	
-------------------	--

Değişiklik yapılacak kişiyi belirlemek için aşağıdaki seçeneklerden birini işaretleyiniz.

Katılımcı  Katılımcı Ad ve Hesabına Ödeyen Kişi  Lehtar

### Bilgiler

	Mevcut Bilgiler	Güncel Bilgiler
Adı Soyadı		
T.C. Kimlik / Mavi Kart Numarası		
Vergi Kimlik Numarası*		
Doğum Tarihi		
Mesleği		
Medeni Durumu	<input type="checkbox"/> Evli <input type="checkbox"/> Bekar	<input type="checkbox"/> Evli <input type="checkbox"/> Bekar
Telefon Numarası		
E-Posta Adresi		
Yazışma Adresi	<input type="checkbox"/> Ev <input type="checkbox"/> İş	<input type="checkbox"/> Ev <input type="checkbox"/> İş
Adresi		

\*Yabancı uyruklu kişiler için doldurulması zorunlu alanlardır.

### Talep Edilecek Ek Belgeler

- İsim değişikliği olması halinde;
  - Mahkeme Kararı
- Doğum tarihi ve diğer kimlik bilgisi değişiklikleri olması halinde;
  - T.C. Kimlik Kartı fotokopisi

Yukarıda belirtilen hallerde, gerekli olan ek belgeler bu form ile birlikte Cigna Sağlık Hayat ve Emeklilik A.Ş.'ye [info@cigna.com.tr](mailto:info@cigna.com.tr) adresinden e-posta ile iletilmelidir.

NOT: Tüzel kişiler için, şirket kaşesi üzerine veya şirketin ticari unvanı altına yetkili kişilerin imzaları alınarak noter onaylı imza sirküleri ve Ticaret Sicil Gazetesi fotokopisini eklenmelidir.

Katılımcı ve Katılımcı Ad ve Hesabına Katkı Payı Ödeyen Kişinin farklı olduğu durumda her iki kişinin de imzası gereklidir.

#### Katılımcı

Ad Soyad :  
Tarih :  
İmza :

#### Katılımcı Ad ve Hesabına Katkı Payı Ödeyen Kişi

Ad Soyad :  
Tarih :  
İmza :

İşbu başvuru 1 sayfadan oluşmaktadır ve bir bütündür.

50-KBD-2-1020-1