

Kişisel Bilgilerde Değişiklik Formu

Police Numarası	
Tarih	

Değişiklik yapılacak kişiyi belirlemek için aşağıdaki seçeneklerden birini işaretleyiniz.

Sigortalı Sigorta Ettiren

Bilgiler

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

Sigortalı ve Sigorta Ettiren kişinin farklı olduğu durumda her iki kişinin de imzası gereklidir.

Sigortalı

Ad Soyad :
Tarih :
İmza :

Sigorta Ettiren

Ad Soyad :
Tarih :
İmza :

İşbu başvuru 1 sayfadan oluşmaktadır ve bir bütündür.

50-HKBD-2-1020-1