

İptal Talep Formu

Police Numarası	
Police Tipi	
Şube Adı	
Başlangıç Tarihi	

Sigortalı Bilgileri

Adı Soyadı		
Baba Adı		
Anne Adı		
T.C. Kimlik / Mavi Kart Numarası	Vergi Kimlik Numarası*	
Doğum Tarihi	Doğum Yeri	
Ev Telefonu Numarası	İş Telefonu Numarası	
Cep Telefonu Numarası		
E-Posta Adresi		
Police İptal Sebebi (Lütfen belirtiniz)		

Sigorta Ettiren Bilgileri

Adı Soyadı		
Baba Adı		
Anne Adı		
T.C. Kimlik / Mavi Kart Numarası	Vergi Kimlik Numarası*	
Doğum Tarihi	Doğum Yeri	
Ev Telefonu Numarası	İş Telefonu Numarası	
Cep Telefonu Numarası		
E-Posta Adresi		
Police İptal Sebebi (Lütfen belirtiniz)		

*Yabancı uyruklu kişiler için doldurulması zorunlu alanlardır.

Yukarıda bilgileri bulunan poliçemi iptal etmek istiyorum.

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-İPT-2-1020-1