AKSİGORTA NÜSHASI

AKSigorta

Ferdi AKSAĞLIK Sigortası Yenileme Formu

Acente No: ____ Tali Acente No: ____ Başlangıç Tarihi: __ (Gün) __ (Ay) ____ (Yıl)

Sigorta Kapsamı: Ferdi ☐ Aile ☐

SİGORTALI ADAYI

Adı-Soyadı-Unvanı: _____

Doğum Tarihi: __ (Gün) __ (Ay) ____ (Yıl) Boy/Kilo: ____ ____

Mesleği: _____ Cinsiyet: Erkek ☐ Kadın ☐

Medeni Hali: Evli ☐ Bekar ☐ Dul ☐

T.C. Kimlik No: ____

Vergi Kimlik No/Uyruğu*: ____ _____

İletişim Adresi: Ev ☐ İş ☐ _____

_____

İş Tel No: (Alan Kodu) ____ ____ İl: _____

Ev Tel No: (Alan Kodu) ____ ____ İlçe: _____

Faks No: (Alan Kodu) ____ ____ P. Kodu: _____

GSM No: (Alan Kodu) ____ ____ Semt: _____

e-posta: _____ @ _____

* Yabancı uyruklular için Vergi Kimlik No yazılmalıdır.

SİGORTA ETTİREN

Adı-Soyadı-Unvanı: _____

Doğum Tarihi: __ (Gün) __ (Ay) ____ (Yıl) Boy/Kilo: ____ ____

Mesleği: _____ Cinsiyet: Erkek ☐ Kadın ☐

Medeni Hali: Evli ☐ Bekar ☐ Dul ☐

T.C. Kimlik No: ____

Vergi Kimlik No/Uyruğu*: ____ _____

İletişim Adresi: Ev ☐ İş ☐ _____

_____

İş Tel No: (Alan Kodu) ____ ____ İl: _____

Ev Tel No: (Alan Kodu) ____ ____ İlçe: _____

Faks No: (Alan Kodu) ____ ____ P. Kodu: _____

GSM No: (Alan Kodu) ____ ____ Semt: _____

e-posta: _____ @ _____

	Adı Soyadı	T.C. Kimlik No	Cinsiyeti	Doğum Tarihi	Mesleği	Yaşadığı Ülke	Tarife Primi	Boy/Kilo
Eşiniz			E ☐ K ☐	Gün Ay Yıl				cm kg
Çocuklarınız			E ☐ K ☐	Gün Ay Yıl				cm kg
Çocuklarınız			E ☐ K ☐	Gün Ay Yıl				cm kg
Çocuklarınız			E ☐ K ☐	Gün Ay Yıl				cm kg
Çocuklarınız			E ☐ K ☐	Gün Ay Yıl				cm kg
Çocuklarınız			E ☐ K ☐	Gün Ay Yıl				cm kg

SEÇİLEN PLAN _____ Toplam Tarife Primi: _____

Yatarak Tedavi ☐ Yatarak+Ayakta Tedavi %80 ☐ Yatarak+Ayakta Tedavi %100 ☐

EK TEMİNAT **(Ek teminatlar Eko Plan haricinde ve ayakta tedavili planlarda seçilebilir.)**

Diş ☐ Göz ☐

İNDİRİM ORANI

Aile İndirimi: Evet ☐ Hayır ☐ Peşin Ödeme İndirimi: Evet ☐ Hayır ☐ Hasarsızlık İndirimi: % ☐☐ Hasarsızlık Ek Primi: % ☐☐

Ödenecek Prim Toplamı: _____ YTL

Prim Ödeme Şekli: Peşin ☐ Vadeli ☐ Prim Tahsilat Şekli: Nakit ☐ Kredi Kartı ☐

Primler sigortalı adayının tamamen sağlıklı olduğu varsayımına göre hesaplanmıştır. Sağlık beyanının değerlendirilmesi sonucu değişiklik olabilecektir.

TAZMİNAT ÖDEMELERİNİN HAVALE EDİLMESİ İSTENEN;

Sigortalı, Banka Adı: _____ Şube Adı: _____ Hesap No: _____

Banka hesabı vadesiz mevduat hesabı olmalıdır. Varsa Akbank'taki hesap numaranızı bildirmeniz işlemlerinizi hızlandıracaktır.