

## CİV Hayat Sigorta A.Ş.

İnkılap Mah. Ö. Faik Atakan Caddesi

Yılmaz Plaza No: 3

34768 Ümraniye, İstanbul

## Poliçe Numaraları

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## Lehdar Değişikliği

## Yeni Lehdar

 Kanuni Varislerim  Aşağıda Belirttiğim Kişiler

Dörtten fazla lehdar için lütfen ikinci bir form doldurunuz.

## 1. Lehdar

Adı ve Soyadı : \_\_\_\_\_

Doğum Tarihi : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Cinsiyeti :  Kadın  Erkek

T.C. Kimlik No (T.C. vatandaşı için) : \_\_\_\_\_ Vergi Kimlik No (yabancı uyruklu için) : \_\_\_\_\_

Ev Tel. No : (0\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ İş Tel. No : (0\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Cep Tel. No : (0\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Faks No : (0\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ E-posta Adresi : \_\_\_\_\_ Payı (%) : \_\_\_\_\_

## 2. Lehdar

Adı ve Soyadı : \_\_\_\_\_

Doğum Tarihi : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Cinsiyeti :  Kadın  Erkek

T.C. Kimlik No (T.C. vatandaşı için) : \_\_\_\_\_ Vergi Kimlik No (yabancı uyruklu için) : \_\_\_\_\_

Ev Tel. No : (0\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ İş Tel. No : (0\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Cep Tel. No : (0\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Faks No : (0\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ E-posta Adresi : \_\_\_\_\_ Payı (%) : \_\_\_\_\_

## 3. Lehdar

Adı ve Soyadı : \_\_\_\_\_

Doğum Tarihi : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Cinsiyeti :  Kadın  Erkek

T.C. Kimlik No (T.C. vatandaşı için) : \_\_\_\_\_ Vergi Kimlik No (yabancı uyruklu için) : \_\_\_\_\_

Ev Tel. No : (0\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ İş Tel. No : (0\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Cep Tel. No : (0\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Faks No : (0\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ E-posta Adresi : \_\_\_\_\_ Payı (%) : \_\_\_\_\_

## 4. Lehdar

Adı ve Soyadı : \_\_\_\_\_

Doğum Tarihi : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Cinsiyeti :  Kadın  Erkek

T.C. Kimlik No (T.C. vatandaşı için) : \_\_\_\_\_ Vergi Kimlik No (yabancı uyruklu için) : \_\_\_\_\_

Ev Tel. No : (0\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ İş Tel. No : (0\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Cep Tel. No : (0\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Faks No : (0\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ E-posta Adresi : \_\_\_\_\_ Payı (%) : \_\_\_\_\_

## Sigorta Ettiren

Adı ve Soyadı : \_\_\_\_\_

Ev Tel. No : (0\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ İş Tel. No : (0\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Cep Tel. No : (0\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Faks No : (0\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ E-posta Adresi : \_\_\_\_\_

Poliçe aslını eski lehdara/lehdarlara teslim etmediğimi beyan ve kabul ederim.

İmza : \_\_\_\_\_ Tarih : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Talebinizin işleme alınabilmesi için, lütfen bu formun imzalı aslını Şirketimizin aşağıda belirtilen adresine posta ile gönderiniz. Değişiklik talebi belirttiğiniz sözleşmeleriniz için geçerli olacaktır.