

## CiV Hayat Sigorta A.Ş.

İnkılap Mah. Ö. Faik Atakan Caddesi

Yılmaz Plaza No: 3

34768 Ümraniye, İstanbul

### Police Numaraları

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

### Prim Tutarı Değişikliği:

Prim İndirimi  Prim Artırımı

Yeni Yıllık Prim Tutarı : \_\_\_\_\_

Değişikliğin Uygulanacağı Vade Tarihi : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Değişiklik poliçe yıldönümleri itibarıyla yapılmaktadır. Prim tutarı, poliçenin başlangıç prim tutarından veya bu tutarın endekslemeye tabi tutulmuş tutarından az olmamak üzere indirilebilmektedir. Prim artırımı sonucu yıllık prim tutarının son yıllık prim tutarının iki katını\* aşması durumunda sigortalının aşağıdaki sağlık beyanı bölümünü doldurup imzalaması gerekmektedir.

### Sağlık Beyanı

1) Bugüne kadar bronşit, astım, anfizem, nefes darlığı, kalp, kalbe sirayet etmiş romatizma veya eklem romatizması, varis, sarılık, kanser, böbrek taşı, nefrit, karaciğer bozukluğu, mide ve bağırsak hastalıkları, sinir, gut, şeker gibi hastalıklarla burada belirtilmeyen bir hastalıktan şikayetiniz oldu mu?  Evet  Hayır

Evet ise açıklayınız : \_\_\_\_\_

2) Son 3 yıl içerisinde hastaneye yattınız mı, ameliyat oldunuz mu veya tedavi gördünüz mü?  Evet  Hayır

Evet ise açıklayınız : \_\_\_\_\_

3) Hayat, emeklilik, sağlık sigortalarına başvurduğunuz ya da yenileme isteğinizin reddedildiği oldu mu?  Evet  Hayır

Evet ise açıklayınız : \_\_\_\_\_

4) Boy : \_\_\_\_\_ m \_\_\_\_\_ cm ve Kilo : \_\_\_\_\_ kg.

5) Sigara Kullanımı : \_\_\_\_\_ adet/gün Alkol Kullanım Sıklığı : \_\_\_\_\_ kadeh/gün

6) Herhangi bir tehlikeli aktivite ya da spor dalıyla uğraşıyorsanız belirtiniz : \_\_\_\_\_

7) Eksik ya da sakat uzvunuz varsa belirtiniz : \_\_\_\_\_

Tüm bilgimiz ve inancımız dahilinde bu formda verdiğimiz tüm bilgilerin doğru ve eksiksiz olduğunu beyan ederiz.

### Sigorta Ettiren

Adı ve Soyadı : \_\_\_\_\_

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

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

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

İmza :

### Sigortalı

Adı ve Soyadı : \_\_\_\_\_

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

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

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

İmza :

Yukarıda belirtilen tutar (\*) üzerinde olan prim artırımı talebinizin işleme alınabilmesi için, lütfen bu formun sigortalı ve sigorta ettiren tarafından imzalanan aslını Şirketimizin aşağıda belirtilen adresine posta ile gönderiniz. Diğer hallerde sigorta ettiren tarafından imzalanan formu aşağıda belirtilen faks numarasına da fakslayabilirsiniz.