

İşbu doküman QNB Sağlık Hayat Sigorta ve Emeklilik A.Ş. tarafından hazırlanmış olup şirket politikası gereği müşterilerimizin risk değerlendirme durumlarını güncellemek adına beyanlarını belirttikleri yenileme formudur.

Sigortalı Bilgileri

Adı Soyadı	
T.C. Kimlik Numarası	
Police Numarası	

Sigortalı Sağlık Beyanı

No	Sağlık Beyan Sorusu	Evet / Hayır	Açıklama
1	Kalp- damar hastalığı, kanser, organ yetmezliği ya da nakli, şeker, beyin, KOAH ve tüberküloz vb. akciğer hastalıkları, böbrek ve karaciğer hastalıkları. Belirtilen hastalıklardan biri veya birkaçı ile ilgili bir tanı aldınız mı ya da bir tedavi gördünüz mü?		
2	Yukarıdakilerin dışında tanı, ön tanı almış olduğunuz başka bir sağlık sorunuz var mı?		

Daha önce bildirdiğiniz ve sistemimizde kayıtlı ödeme aracı bilgilerinizde ya da Adres, GSM veya E-posta gibi kişisel verilerinizde değişiklik yapmak istiyorsanız bu alanı kullanabilirsiniz.

Bilgi Güncelleme / Değişiklik Talebi

Aksi bir talimat verene kadar sigorta primlerinin ilgili dönemde ve yenilenecek poliçelerim için aşağıda belirttiğim; ödeme aracından tahsil edilmesi ve/veya iletişime geçilmek üzere ilgili kişisel verilerimin güncellenmesi için QNB Sağlık Hayat Sigorta ve Emeklilik A.Ş.'ye yetki veriyorum.

Ödeme Aracı Değişikliği	Kredi Kartı	_____XXXX_____
Adres, GSM ve/veya E-posta Bilgisi	Adres / GSM / E-posta	

Lütfen kredi kartı bilginizi açıklama alanına ilk 8 ve son 4 hanesini içerek şekilde belirtiniz.

Yukarıda beyan ettiğim bilgilerin doğruluğunu teyit ederim.

Sigortalı Adı Soyadı:

*Sigorta Ettiren Adı Soyadı:

Tarih:

Tarih:

Sigortalı İmzası:

Sigorta Ettiren İmzası:

*Sigortalı ve Sigorta Ettiren farklıysa, ikisinden de imza alınması gerekir (Bilgi Değişikliği Durumunda).