

## 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

#### QNB Sağlık Hayat Sigorta ve Emeklilik A.Ş.

Barbaros Mah. Kardelen Sok.  
Palladium Tower No:2 Kat 28-29  
34746 Ataşehir / İstanbul

Tel: +90 (216) 468 03 00 / +90 (850) 222 0 860  
Faks: +90 (216) 368 71 26  
Mail: info@qnbsigorta.com

Vergi No: 3880583115  
Mersis No: 0388058311500013

qnbsigorta.com