

Lütfen bu formdaki tüm bilgilerin eksiksiz olarak doldurulduğundan emin olunuz.

| | | | | |
|--------------------------|--------------|-----------------|------------|-----------------|
| Acente Ünvanı : | Acente Kodu | SEÇİLEN ÜRÜN 3S | TIPNET FAP | İLK YIL |
| | Elemen Kodu: | ÇÖZÜM | MEDNET FAP | YİNELEME |
| SİGORTA ETTİRENİN | | | | |
| ADI SOYADI | BABA ADI | UYRUK | İL | VERGİ KİMLİK NO |
| YAZIŞMA ADRESİ | | İŞ TEL: | EV TEL: | GSM: |
| | | E-POSTA: | | FAX: |

| | | | | |
|---|----|-------------------|-------------------------|----------------|
| TAZMINAT ÖDEMELERİNİZ İÇİN BANKA ADI / ŞUBE ADI / HESAP NO : | | | | |
| BANKA ADI/ŞUBE ADI | İL | HESAP ADI, SOYADI | HESAP NO/KREDİ KARTI NO | K.KARTI CVV NO |

| SAGLIK SİGORTASI KAPSAMINA ALINACAK FERT VE AİLE BİREYLERİ İÇİN | | | | | | | |
|--|---|---|--------------------|--|--------|---------------------|-----------|
| YAKINLIK DERECESİ | ADI, SOYADI | DOĞUM T. CİNSİYET | BOY (cm) KİLO | MEDENİ HALİ ÇOCUK SAYISI | MESLEK | YAŞADIĞI ÜLKE UYRUK | V. KİMLİK |
| FERT | | K <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> |cmkg | E <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>adet | | | |
| SEÇİLEN PLAN | YATARAK <input type="checkbox"/> AYAKTA <input type="checkbox"/> | | | RISK ANALİZİ* | | | |
| EŞ | | K <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> |cmkg | E <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>adet | | | |
| SEÇİLEN PLAN | YATARAK <input type="checkbox"/> AYAKTA <input type="checkbox"/> | | | RISK ANALİZİ* | | | |
| 1. Çocuk | | K <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> |cmkg | E <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>adet | | | |
| SEÇİLEN PLAN | YATARAK <input type="checkbox"/> AYAKTA <input type="checkbox"/> | | | RISK ANALİZİ* | | | |
| 2. Çocuk | | K <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> |cmkg | E <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>adet | | | |
| SEÇİLEN PLAN | YATARAK <input type="checkbox"/> AYAKTA <input type="checkbox"/> | | | RISK ANALİZİ* | | | |
| 3. Çocuk | | K <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> |cmkg | E <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>adet | | | |
| SEÇİLEN PLAN | YATARAK <input type="checkbox"/> AYAKTA <input type="checkbox"/> | | | RISK ANALİZİ* | | | |
| 4. Çocuk | | K <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> |cmkg | E <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>adet | | | |
| SEÇİLEN PLAN | YATARAK <input type="checkbox"/> AYAKTA <input type="checkbox"/> | | | RISK ANALİZİ* | | | |
| Diğer | | K <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> |cmkg | E <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>adet | | | |
| SEÇİLEN PLAN | YATARAK <input type="checkbox"/> AYAKTA <input type="checkbox"/> | | | RISK ANALİZİ* | | | |

* RISK ANALİZİ BÖLÜMLERİ GENEL YAŞAM SİGORTA A.Ş. TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR.

| ÖDEME BİLDİRİM VE ONAY FORMU | | | |
|--|-----------------------------|----------------|------------|
| ÖDEME ŞEKLİ : KK <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | TOPLAM PRIM (YTL) : | | |
| ÖDEME TÜRÜ : PEŞİN <input type="checkbox"/> TAKSİTLİ <input type="checkbox"/> | TAKSİT ADEDİ | VADE TARİHİ | VADE TUTAR |
| KREDİ KART HAMILİNİN ADI / SOYADI : | % 25 PEŞİN |/200..... |YTL |
| KART TÜRÜ : VİSA <input type="checkbox"/> | 1.TAKSİT |/200..... |YTL |
| MASTER/AMEKS <input type="checkbox"/> | 2.TAKSİT |/200..... |YTL |
| KART NUMARASI : | 3.TAKSİT |/200..... |YTL |
| BANKA ADI : | 4.TAKSİT |/200..... |YTL |
| GEÇERLİLİK TARİHİ : | 5.TAKSİT |/200..... |YTL |
| CVV NO : | | | |

| | |
|---|--|
| Başvuru formunda verdiğim bilgilerin doğru olduğunu, Poliçemin, başvuru formundaki bilgilerimin GENEL YAŞAM SİGORTA A.Ş. tarafından kabulü ve sigorta priminin ödenmesinden sonra yurüğe gireceğimi Primin taksitle ödenmesi kararlaştırılmış ise yaptığım ödemenin pey akşesi (kaporo) olduğunu, başvurumun şirketçe kabul edilip poliçesmesi halinde kararlaştırılan ödeme planına uyacağımı, sigortadan herhangi bir nedenle vazgeçmem halinde alınan pey'in yapılan masraflara karşılık olarak Genel Yaşam Sigorta A.Ş. ne kalacağını, başvuru formunda yer alan sigortalılar için prim ödemelerinin aşağıda belirtilen vade ve tutarlarda tarafıma yapılacağını, söz konusu sigortalılara ilişkin tazminat tutarlarının poliçede fert olarak tanımlanan sigortalı hesabına yapılmasını ve konuyla ilgili onayımı yapacağım değişikliğin tarafıma sigorta şirketine bildirileceğini kabul ve beyan ederim | ALINDI BELGESİ |
| | numaralı Başvuru Formu için hazırlanan Ödeme Planına uygun olarak (rakam ile) YTL (yazı ile)YTL alınmıştır. Başvuru formu herhangi bir nedenle kabul edilmez ise alınan tutar hiçbir kesinti yapılmadan iade edilir. |
| SİGORTA ETTİREN/ SİGORTALI: | TARİH/ İMZA |
| | SATIŞ KANALI |
| | TARİH/ İMZA |

