

Tarih :

QNB Sağlık Hayat Sigorta ve Emeklilik A.Ş. dikkatine,

..... numaralı Tamamlayıcı Sağlık Sigortası poliçesinin kapsamında yer alan ve aşağıda belirtilmiş kişi/kişilerin poliçesinin yürürlüğe alınması hakkındaki talebimin işleme alınmasını rica ederim.

İşbu talebime konu QNB Sigorta Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının, aşağıdaki şartlar dahilinde yeniden yürürlüğe alınacağını, işbu talebimde ve daha evvel Şirketinize vermiş olduğum beyanların tam ve doğru olduğunu, aksi hallerde sigorta poliçesinin iptal edilmesi dahil yanlış beyan nedeni ile oluşabilecek tüm hukuki sonuçları kabul ederim.

Poliçe iptal tarihi ile prim tahsilatı yapılarak poliçenin yeniden yürürlüğe alınacağı tarih arasında meydana gelmiş herhangi bir rizikonun (hastalık, rahatsızlık, tıbbi harcama) tazminat talebine konu olamayacağını kabul ederim.

QNB Sağlık Hayat Sigorta ve Emeklilik A.Ş. tarafından, poliçenin yürürlüğe alınması aşamasında yapacağı değerlendirme neticesinde poliçede değişiklik yapma, muafiyet uygulama ve/veya poliçenin yürürlüğe alınmasını tümünden reddetme hakkının saklı olduğunu, sigortalanma şartlarının belirlenmesi veya değiştirilmesi amacı ile Tamamlayıcı Sağlık Sigortası teminatları haricinde ve tazminata konu olmamak üzere ek tetkikler istenebileceğini, Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Özel Şartlarında yapılacak değişiklikleri işbu form ile kabul ederim. Bu kabul yürürlüğe alınan tüm poliçelerin yenilemeleri için de geçerli olacaktır.

Poliçede adı geçen ve aşağıda belirtilen sigortalıların poliçe iptal tarihinden sonra QNB Sağlık Hayat Sigorta ve Emeklilik A.Ş. tarafına iletilmiş işbu form tarihine kadar oluşmuş herhangi bir sağlık probleminin olmadığını, İşbu talebime konu QNB Sigorta Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının tanzimi esnasında belirtilmiş olan sağlık beyanlarının devam ettiğini bildirir, ilgili poliçenin devamını ve prim bedelinin aşağıda belirtmiş olduğum ödeme kanalından tahsilini talep ederim.

Sigorta Ettiren Ad Soyad :

İmza :

Yürürlüğe Alınacak Sigortalılar ve Sigortalıların Sağlık Bilgileri

Poliçenin yürürlükte olmadığı dönemde sigortalıların sağlık beyanlarında herhangi bir değişiklik olmuş mudur ve/veya tazminat kullanımı mevcut mudur? Hastalık/rahatsızlık/sağlık beyanınız varsa lütfen belirtiniz.

	T.C. Kimlik Numarası	Ad Soyad	Hastalık/Rahatsızlık Başlangıç Tarihi	Sağlık Beyanı Detayı
Sigorta Ettiren (Kendisi)				
Eşi				
Çocuk				
Çocuk				
Çocuk				

Ödeme Aracı Bilgileri (Sigorta ettiren ile kredi kartı sahibi aynı olmalıdır.)

Kredi Kartı Sahibi Adı Soyadı	
Kredi Kartı Numarası	* * * *

Sigorta Ettiren Ad Soyad :

İmza :