

Vefat Eden Sigortalının

Adı Soyadı _____
T.C. Kimlik No. _____
Poliçe No. _____

Kanuni Varis (Mirasçı) Bilgi Formu

Adı Soyadı	T.C. Numarası	E-Mail Adresi	İletişim Numarası	IBAN Numarası	Ticari Elektronik İletişim Onayı*	İmza
_____	_____	@	0	T.R.	<input type="radio"/> Evet <input type="radio"/> Hayır	_____
_____	_____	@	0	T.R.	<input type="radio"/> Evet <input type="radio"/> Hayır	_____
_____	_____	@	0	T.R.	<input type="radio"/> Evet <input type="radio"/> Hayır	_____
_____	_____	@	0	T.R.	<input type="radio"/> Evet <input type="radio"/> Hayır	_____
_____	_____	@	0	T.R.	<input type="radio"/> Evet <input type="radio"/> Hayır	_____
_____	_____	@	0	T.R.	<input type="radio"/> Evet <input type="radio"/> Hayır	_____
_____	_____	@	0	T.R.	<input type="radio"/> Evet <input type="radio"/> Hayır	_____
_____	_____	@	0	T.R.	<input type="radio"/> Evet <input type="radio"/> Hayır	_____
_____	_____	@	0	T.R.	<input type="radio"/> Evet <input type="radio"/> Hayır	_____
_____	_____	@	0	T.R.	<input type="radio"/> Evet <input type="radio"/> Hayır	_____
_____	_____	@	0	T.R.	<input type="radio"/> Evet <input type="radio"/> Hayır	_____

*Lehdarı olduğunuz poliçelere yönelik bilgiler ile Zurich Yaşam ve Emeklilik A.Ş. tarafından sunulan ürün, hizmet ve kampanyalarla ilgili tanıtımlar da dahil her türlü ticari elektronik iletiyi telefon yoluyla almak ister misiniz?

Ticari Elektronik İletişim Onayı

Zurich Yaşam ve Emeklilik A.Ş. tarafından sunulan; sözleşme ya da poliçelerinize yönelik bilgiler ile ürün, hizmet ve kampanyalarla ilgili tanıtımlar da dahil her türlü ticari iletiyi telefon, e-posta, SMS gibi elektronik yollarla almak ister misiniz? Bu iletileri ileride almaktan vazgeçmeniz halinde red hakkınız her zaman saklıdır.