NN Hayat ve Emeklilik

Desteğin Bizden Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Başvuru Formu

Teklif No. _____ Poliçe No. _____

○ Yeni (İlk) İş ○ Yenileme/Değişiklik ○ Sigortalı Girişi ○ Meriyet (Yürürlük)

Sigortalı Adayı

	Kendisi	Eşi
Adı		
Soyadı		
T.C. Kimlik No.		
Uyruk	○ T.C. ○ Diğer: _____	○ T.C. ○ Diğer: _____
Yabancı Kimlik No*		
Pasaport No*		
Doğum Yeri		
Doğum Tarihi		
Cinsiyet	○ Kadın ○ Erkek	○ Kadın ○ Erkek
Anne Adı		
Baba Adı		
Toplam Çocuk Sayısı		
Medeni Hali	○ Evli ○ Bekar	○ Evli ○ Bekar
Meslek		
Kimlik Belge Türü		
Kimlik Belge No.		

* Yabancı uyruklular için doldurulması gereklidir.

İletişim Bilgileri (Sigortalı adaylarının iletişim bilgileri aynı ise ilk kolonun doldurulması yeterlidir.)

Adres		
İlçe		
İl		
Posta Kodu		
Ev Telefonu		
Cep Telefonu		
İş Telefonu		
E-Posta		

Desteğin Bizden Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Başvuru Formu (Grup/R) / Rev02 / Şubat 2020
İstanbul Ticaret Sicil Müdürlüğü Sicil No: 491142 Mersis No: 0649033445000019

NN Hayat ve Emeklilik

Sigortalı Adayı

	1. Çocuğu	2. Çocuğu	3. Çocuğu	4. Çocuğu
Adı				
Soyadı				
T.C. Kimlik No.				
Uyruk	○ T.C. ○ Diğer: _____	○ T.C. ○ Diğer: _____	○ T.C. ○ Diğer: _____	○ T.C. ○ Diğer: _____
Yabancı Kimlik No*				
Pasaport No*				
Doğum Yeri				
Doğum Tarihi				
Cinsiyet	○ Kadın ○ Erkek	○ Kadın ○ Erkek	○ Kadın ○ Erkek	○ Kadın ○ Erkek
Anne Adı				
Baba Adı				
Toplam Çocuk Sayısı				
Medeni Hali	○ Evli ○ Bekar	○ Evli ○ Bekar	○ Evli ○ Bekar	○ Evli ○ Bekar
Meslek				
Kimlik Belge Türü				
Kimlik Belge No.				

* Yabancı uyruklular için doldurulması gereklidir.

İletişim Bilgileri (Sigortalı adaylarının iletişim bilgileri aynı ise ilk kolonun doldurulması yeterlidir.)

Adres				
İlçe				
İl				
Posta Kodu				
Ev Telefonu				
Cep Telefonu				
İş Telefonu				
E-Posta				

Desteğin Bizden Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Başvuru Formu (Grup/R) / Rev02 / Şubat 2020
İstanbul Ticaret Sicil Müdürlüğü Sicil No: 491142 Mersis No: 0649033445000019

NN Hayat ve Emeklilik

Sigorta Ettiren Bilgileri

(Sigorta ettiren kişi sigortalı adayının kendisi değil ise bu bölümü doldurunuz.)

Adı		Şirket Adı**	
Soyadı		Faaliyet Alanı**	
T.C. Kimlik No.		Doğum Yeri	
Uyruk	○ T.C. ○ Diğer: _____	Doğum Tarihi	
Cinsiyet	○ Kadın ○ Erkek	Medeni Hali	○ Evli ○ Bekar
Anne Adı		Vergi K. No**	
Baba Adı		Vergi Dairesi**	
Kimlik Belge Türü		Meslek	
		Kimlik Belge No.	

** Tüzel kişi için doldurulması zorunlu alanlardır.

İletişim Bilgileri

Adres				
İlçe				
İl				
Posta Kodu				
Ev Telefonu				
Cep Telefonu				
İş Telefonu				
E-Posta				
Kep***				
Web***				

*** Anonim, Limited, Komandit Şirketler için doldurulması zorunlu alanlardır.

Sağlık Beyanı

a) 60-64 yaş arası katılımcılar için:
Bir iş yerinde haftada 20 saatten fazla çalışıyorum.****
○ Kabul ediyorum ○ Kabul etmiyorum

b) 65-70 yaş arası katılımcılar için:
Bir iş yerinde haftada 20 saatten fazla çalışıyorum.****
○ Kabul ediyorum ○ Kabul etmiyorum

****Yıldızlı alanların doldurulması zorunludur.

Desteğin Bizden Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Başvuru Formu (Grup/R) / Rev02 / Şubat 2020
İstanbul Ticaret Sicil Müdürlüğü Sicil No: 491142 Mersis No: 0649033445000019

NN Hayat ve Emeklilik

Sağlık Beyan Soruları

(65-70 yaş arası katılımcıların doldurması zorunludur. Lütfen seçimi belirtmek için √ kutularını kullanın.)

1. Son 5 yıl içinde herhangi bir operasyon/ biyopsi için bir doktora danıştınız mı ya da herhangi bir rahatsızlık için hastaneye yattınız mı? Son 5 yıl içinde öksürük, soğuk algınlığı ve grip dışındaki herhangi bir tıbbi durum için herhangi bir tıbbi araştırma / tedavi yapmanız önerildi mi?	○ Evet	○ Hayır
2. Şu anda veya geçmişte herhangi bir hastalık için 14 günden uzun süre ilaç kullandınız mı veya tedavi oldunuz mu?	○ Evet	○ Hayır
3. Aşağıdaki hastalıkları geçirmiş/teşhis konulmuş bir aile üyeniz(ebeveyn, kardeş...) var mı? Meme kanseri, kolon kanseri, yumurtalık kanseri, kalp hastalığı, felç, böbrek hastalığı, ms.	○ Evet	○ Hayır

4.Aşağıdaki durumlardan birisi ile ilgili tanı konuldu mu? (Eğer evet ise kutucuğu işaretleyin)		
○ Hiper tansiyon / Yüksek tansiyon	○ Diyabet / yüksek kan şekeri / idrarda glukoz	○ Diğer kalp sorunları / göğüs ağrısı ve kalp kapak hastalıkları
○ Felç / MS / Epilepsi	○ Solunum ve diğer akciğer hastalıkları (astım, bronşit)	○ Karaciğer hastalıkları / Sarılık / Hepatit B veya C
○ Böbrek problemleri, üreme hastalıkları	○ Kanser, tümör büyümesi, her türlü kist	○ Göz hastalıkları / 8 üzeri miyop
○ Zihinsel hastalıklar	○ Mide, bağırsak, pancreas, dalak hastalıkları	○ Kulak ve duyma ile ilgili hastalıkları
○ Fiziksel deformasyon ya da sakatlık/engellilik	○ Ortapedik rahatsızlık	

5. Siz ve/veya sigortalanacak aile bireyinizin, yukarıda belirtilen hastalıklar ve/veya bunlardan başka herhangi bir rahatsızlığı/hastalığı/şikayeti sakatlığı var mı? ''EVET'' yanıtını verdiğiniz hastalıklar/rahatsızlıklarla ilgili lütfen aşağıda istenmiş bilgileri ilgili kişiler için doldurunuz.	○ Evet	○ Hayır

Sigorta Adayı Adı Soyadı	Hastalık Baş. Tar. Son Şikayet Tar.	Tanı	Kullanılan İlaç	Tedavi Uyg. Sağlık Kuruluşu/Doktor	Takip/Tedavi Yöntemi
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....

6. Siz ve/veya sigortalanacak aile bireylerinizden herhangi biriniz ameliyat geçirdiniz mi? Kan, idrar, radyoloji vb. testi yaptırdınız mı? Düzenli ilaç kullandınız mı? Ve/veya tümör, ur, kist, nodül vb. ile ilgili işlemler yaptırdınız mı?	○ Evet	○ Hayır

Sigorta Adayı Adı Soyadı	Geçirilmiş Ameliyat	Yapılan Testler/ İşlemler	Biyopsi Alındı mı? Sonuç?	Tedavi Uyg. Sağlık Kuruluşu/Doktor	Bugünkü Sağlık Durumunuz
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....

7. Son 3 ayda COVID-19 (Yeni Koronavirüs Hastalığı) için sonucu pozitif çıkan testiniz oldu mu? (Cevabınız evet ise test tarihi ile birlikte belirtiniz)	○ Evet Tarih: __ /__ /__	○ Hayır
8. Son 1 ayda: a) Bir tıp uzmanı tarafından COVID-19 belirtileri gösterdiğiniz veya COVID-19 olan birine maruz kaldığınız için kendi kendinizi izole etmeniz tavsiye edildi mi?	○ Evet	○ Hayır
b) Kalıcı bir öksürük, ateş, yüksek sıcaklık veya COVID-19 olduğundan şüphelenilen veya teşhis edilen bir kişiyle temas ettiniz mi?	○ Evet	○ Hayır
9. Yukarıdakilerden herhangi birine cevabınız evet ise, tamamen iyileştiniz mi ve/veya normal aktivitelere döndünüz mü?	○ Evet	○ Hayır

Desteğin Bizden Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Başvuru Formu (Grup/R) / Rev02 / Şubat 2020
İstanbul Ticaret Sicil Müdürlüğü Sicil No: 491142 Mersis No: 0649033445000019

NN Hayat ve Emeklilik

Ürün Seçimi

Plan Adı: ○ Yatarak Tedavi Teminatı İçeren Plan ○ Yatarak ve Ayakta Tedavi Teminatı İçeren Plan

Anlaşmalı Sağlık Kurumları'na şirketimizin kurumsal internet sitesi olan www.nnhayatemeklilik.com.tr adresinden ulaşabilirsiniz.

Anlaşmalı Kurum Ağı

○ A Network ○ B Network

Ek Fayda Seçimi

Sadece Yatarak ve Ayakta Tedavi İçeren Plan için geçerlidir ve tek bir ek fayda paketi seçilebilir.

Ek Fayda Paketleri: ○ Check-Up ○ Doktor Online ○ Ekstra (Check-Up+Doktor Online)

Prim Ödeme Bilgileri

Sigorta Primi (TL): _____

Ödeme Türü ○ Peşin ○ 3 Aylık ○ 6 Aylık ○ 9 Aylık
○ Kredi Kartı
○ Havale (Havale ile işlem yapılması halinde ödeme türü peşin olacaktır.)

Kart Sahibinin Adı Soyadı: _____

Kart No. _____ Son Kullanma Tarihi: _____

Banka/Hesap No: TR _____

Yeni bir talimatla durdurulmasını bildirene kadar işbu başvuru formunda belirtilen poliçe süresinde ve sonrasında yenilenen poliçeler için vadesi gelen prim ödemelerinin işbu başvuru formuna ilişkin sigortanın bağlı bulunduğu ve ödeme bilgisi alanında tanımlı olan kredi kartımdan tahsil edilmesi konusunda NN Hayat ve Emeklilik A.Ş.'ye yetki veriyorum. Sigorta süresi içinde kredi kartı bilgilerimde bir değişiklik olması durumunda NN Hayat ve Emeklilik A.Ş.'yi bilgilendireceğimi beyan ederim. Şirketinizce tanzim edilecek poliçemin yürürlükte kaldığı sürece prim ödemeleri ve/veya bu tutarların artması halinde artan prim tutarının yukarıda belirtilen kredi kartı hesabımdan alınması konusunda NN Hayat ve Emeklilik A.Ş.'ye tam yetki verdiğimi; ayrıca kredi kartımın değişmesi, son kullanma tarihinin değişmesi veya kredi kartımın yenilenmesi/değişmesi durumunda ilgili tahsilatların yapılabilmesi için NN Hayat ve Emeklilik A.Ş.'ye veya yetkili acentelerine kart bilgilerini otomatik güncelleme yetkisi verdiğimi; aynı zamanda gerekli güncellemeleri NN Hayat ve Emeklilik A.Ş.'ye veya yetkili acentelerine bildireceğimi kabul, beyan ve taahhüt ederim.

Sigorta Ettiren***
Adı Soyadı/Unvanı

İmza

Desteğin Bizden Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Başvuru Formu (Grup/R) / Rev02 / Şubat 2020
İstanbul Ticaret Sicil Müdürlüğü Sicil No: 491142 Mersis No: 0649033445000019

NN Hayat ve Emeklilik

Kişisel Verilerin Korunmasına İlişkin Aydınlatma Metni

İşbu aydınlatma metni, NN Hayat ve Emeklilik Anonim Şirketi (**"Şirket"**) tarafından sunulan hizmetler kapsamında kişisel verilerinizin işlenmesi ile ilgili olarak 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu (**"Kanun"**) uyarınca bilgilendirilmeniz amacıyla hazırlanmıştır. Kişisel verilerinizin işlenmesine ilişkin ayrıntılı bilgi için www.nnhayatemeklilik.com.tr adresinde yer alan NN Hayat ve Emeklilik Kişisel Verileri İşleme Politikası'nı (**"Politika"**) inceleyebilirsiniz. Kişisel verileriniz (ör. kimlik verisi, iletişim verisi, meslek bilgisi vb.), **Şirketimizin sunduğu ürün ve hizmetlerinden faydalanmak amacıyla Şirketimizle paylaşmanız halinde veya Şirketimizin yetkili acenteleri ya da diğer kanallar üzerinden fiziki ve elektronik ortamlarda elde edilmektedir. Kişisel verileriniz aşağıda belirtilen amaçlarla sınırlı olarak, Kanun'da öngörülen temel ilkelere uygun ve Kanun'un 5'inci maddesinin 2'nci fıkrasında belirtilen sözleşmenin kurulması, veri sorumlusunun hukuki yükümlülüğünü yerine getirmesi hukuki sebeplerine dayalı olarak işlenebilmekte ve paylaşılabilmektedir. Elde edilen kişisel verileriniz, Politika'da yer alan amaçların yanı sıra özellikle Şirketimiz tarafından yürütülen ticari faaliyetlerin gerçekleştirilmesi için iş birimlerimiz tarafından gerekli çalışmaların yapılması ve buna bağlı iş süreçlerinin yürütülmesi; Şirketimizin ve Şirketimiz ile iş ilişkisi içerisinde olan kişilerin** Şirketimiz ile iş ilişkisi kurmuş veya iş ilişkisi içerisinde olan kişilerin verilerinin Korunması kapsamında hukuki ve ticari güvenliğinin mevzuata uyumunun sağlanması; **Şirketimiz tarafından sunulan ürün ve hizmetlerden sizleri faydalandırmak için gerekli çalışmaların iş birimlerimiz tarafından yapılması ve buna bağlı iş süreçlerinin yürütülmesi; Şirketimizin ticari stratejilerinin planlanması ve icrası; sunulan ürün ve hizmetlerimize olası taleplerinizin önceden öngörülebilmesi amacıyla analiz çalışmalarının gerçekleştirilmesi, ürün ve hizmetlerimizin sizlerin beğeni, kullanım alışkanlıkları ve ihtiyaçlarına göre özelleştirilerek önerilmesi ve tanıtılması kapsamında,** sigorta başvuruları kapsamında lehtar, sigortalı veya sigorta ettiren bilgilerinin alınması, poliçelendirme yapılması, prim tahsilatının yapılması, poliçenin sigortalıya gönderilmesi, teminat için hasar değerlendirmelerinin yapılması, riskin gerçekleşmesi durumunda hasar değerlendirmelerinin yapılması, tazminat taleplerinin değerlendirilmesi amaçlarıyla **bağlantılı, sınırlı ve ölçülü şekilde işlenebilmekte,** Şirketimize veya Şirketimiz adına ürün ve hizmet sağlayan taraflar ile iş ortaklarımıza aktarılabilmektedir. Kişisel verileriniz ayrıca, kanunen yetkili kamu kurumları ile özel kişilere, yetkileri kapsamında, aktarılabilecektir. Veri sahibi olarak aşağıda belirtilen haklarınıza ilişkin olarak yapılacak başvuruların yazılı olarak Maslak Mah. Sümer Sok. Maslak Office Building No: 4/92 34485 Sarıyer/İstanbul adresinden temin edebileceğiniz "İlgili Kişi Başvuru Formu" ile bizzat veya kimlik teyidinizin yapılması sağlayarak "Veri Sorumlusuna Başvuru Usul ve Esasları Hakkında Tebliği"nde belirtilen usullere uygun olarak Kişisel Verilerin Koruma Kurulu tarafından belirlenen diğer yöntemlerle tarafımıza iletebilirsiniz. Kanun'un 11. maddesi uyarınca, Şirketimizden kişisel verilerinizin işlenip işlenmediğini öğrenme; işlenmiş kişisel verilerinize ilişkin bilgi talep etme; verilerinizin işlenme amacını, bu veriler ve bilgilerin amacına uygun kullanılıp kullanılmadığını ve kimlere aktarıldığını öğrenme; gerek Şirketimiz kayıtlarında gerekse Şirketimiz tarafından aktarılan üçüncü kişilerdeki eksik ya da yanlış verilerinizin düzeltilmesini isteme; verilerinizin işlenme sebebi ortadan kalkmış ise silinmesini/yok edilmesini/anonim hale getirilmesini isteme; işlenen verilerinizin münhasıran otomatik sistemler vasıtasıyla analiz edilmesi suretiyle aleyhinize bir sonucun ortaya çıkmasına itiraz etme ve kişisel verilerinizin işbu metin kapsamında verilen onayınıza ya da kanuna aykırı olarak işlenmiş ise kanuna aykırı veri işlemeden doğmuş doğrudan zararlarınızın tazminini talep etme haklarına sahipsiniz.

Desteğin Bizden Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Başvuru Formu (Grup/R) / Rev02 / Şubat 2020
İstanbul Ticaret Sicil Müdürlüğü Sicil No: 491142 Mersis No: 0649033445000019

NN Hayat ve Emeklilik

KİŞİSEL VERİLERİN KORUNMASI AÇIK RIZA METNİ

NN Hayat ve Emeklilik Anonim Şirketi ("Şirket") olarak tarafınızla paylaşılan aydınlatma metni kapsamında elde etmiş olduğumuz kişisel verilerinizin; Kişisel Verilerin Korunması Kanun'u ("Kanun") tarafından açıkça öngörülen haller, sizin tarafınızdan alenileştirilen haller ya da sözleşmenin ifası amacıyla gerektiği ölçüde işlenmesi ve aktarılması halleri haricinde; aşağıda belirtilen hususlara ilişkin olarak işlenmesi ve aktarılması için açık rızanızı talep ediyoruz:

Sigorta poliçemin tanzimi ve sonrasında riskin oluşması halinde hasar değerlendirmesinin yapılabilmesi amacıyla özel nitelikli kişisel verilerden olan ve varsa geçiş yaptığım önceki sigorta şirketinden temin edilebilecek veya sağlık beyanı yahut raporlarından temin edilebilecek güncel ve geçmiş sağlık verilerimin işlenmesine ve söz konusu verilerin poliçe yenilemeleri, muafiyetleri gibi hususlara ilişkin tarafıma bilgi akışının sağlanması amacıyla yetkili acentelerle, yurt dışında mukim reasürörler, Şirket'in bağlı olduğu yurt dışındaki grup şirketlerine ve onlarla ortak kullanılan veri tabanları ile paylaşılmasına, poliçemin başka bir sigorta şirketine aktarımı talebim halinde NN Hayat ve Emeklilik A.Ş. nezdinde bulunan sağlık verilerimin yeni sigorta şirketine aktarımına, Şirket tarafından olası taleplerinizin önceden öngörülebilmesi amacıyla analiz çalışmalarının gerçekleştirilmesi ve kullanım alışkanlıkları ve ihtiyaçlarıma göre tarafıma özelleştirilmiş önerilerde bulunulması amacıyla işlenmesine, rıza gösterdiğimi beyan ediyorum.

Şirket tarafından Aydınlatma Metni ile bilgilendirildiğimi, söz konusu hususlara bilerek ve isteyerek rıza gösterdiğimi beyan ederim.

Sigortalı	○ Kabul Ediyorum	○ Kabul Etmiyorum
Eş	○ Kabul Ediyorum	○ Kabul Etmiyorum
1. Çocuk	○ Kabul Ediyorum	○ Kabul Etmiyorum
2. Çocuk	○ Kabul Ediyorum	○ Kabul Etmiyorum
3. Çocuk	○ Kabul Ediyorum	○ Kabul Etmiyorum
4. Çocuk	○ Kabul Ediyorum	○ Kabul Etmiyorum

	Sigortalı	Eş	1. Çocuğu	2. Çocuğu	3. Çocuğu	4. Çocuğu
Adı Soyadı						
Tarih						
İmza******						

****** 18 yaş ve üstü Sigortalı adayı veya 18 yaş altı Sigortalı adayının ebeveynlerinden biridir.

Desteğin Bizden Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Başvuru Formu (Grup/R) / Rev02 / Şubat 2020
İstanbul Ticaret Sicil Müdürlüğü Sicil No: 491142 Mersis No: 0649033445000019

NN Hayat ve Emeklilik

Aracı Bilgileri

Acente Levha Kayıt No. _____ Acente Adı _____

Teknik Personel Adı Soyadı _____ Teknik Personel Sicil No. _____

Beyan ve Taahhütname

Sigorta şartlarını kabul ederek yukarıda eksiksiz olarak doldurduğum işbu Başvuru Formu ("Form") doğrultusunda gerek kendim gerekse sigortalanmasını istediğim aile bireylerim (yakınlarım) için Sağlık Sigortası Genel Şartları, Başvuru ve Desteğin Bizden Tamamlayıcı Sağlık Sigortası poliçe Özel Şartları, Sağlık Sigortası Genel Şartları ve Bilgilendirme Formu'nda belirtilen maddeleri peşinen kabul, beyan ve taahhüt ederim. Aşağıda imzası bulunan beyan sahibi olarak gerek benim, gerekse sigortalanmalarını istediğim aile bireyleri hakkında bu soru formunda ve sağlık beyanında verdiğim bilgilerin tam ve doğru olduğunu taahhüt ederim. Bu soru formunda ve sağlık beyanında beyan olunan değerlerin/bilgilerin doğru, tam ve gerçeğe uygun olduğunu ve gerçeğe aykırı beyanda bulunduğum taktirde sigorta sözleşmesinde doğan tüm haklarımdan peşinen vazgeçtiğimi kabul ve beyan ederim.
Sigorta tazminatlarının, satın aldığım Tamamlayıcı Sağlık Sigortası'nın kapsam ve teminatları dahilinde ödeneceğini kabul ederim. Bu formu doldurmamın NN Hayat ve Emeklilik A.Ş. tarafından sigortalandığım(ız) anlamına gelmediğini, başvuru formunun kabul edilip, poliçenin düzenlenmesi ve prim tutarının ödenmesinden sonra sigorta teminatının yürürlüğe gireceğini kabul, beyan ve tasdik ederim.
Başvuru sahibi olarak ayrıca, poliçe teminatının, benim veya sigortalanacak aile bireylerinden herhangi birinin sigorta başlangıç tarihinden önce tedavi görmüş oldukları veya varlığından haberdar oldukları rahatsızlıklardan ileri gelecek tetkik ve tedavi giderlerini kapsamadığını biliyor ve kabul ediyorum.
SGK tarafından sağlanan "Genel Sağlık Sigortası"nın aktif olmadığı durumda oluşan sağlık giderlerinin sigorta teminatı kapsamında olmadığını biliyor ve kabul ediyorum.
Sigortalanmaları için bu formda bilgilerini doldurduğum tüm şahısların gerçekte yetki vermemiş olmaları veya açıklama ve taahhütleri aksine davranmaları halinde, tüm sorumluluğun onlar adına Sigorta Ettiren sıfatıyla kendimde olduğunu kabul ettiğimi beyan ve taahhüt ederim.

Ticari Elektronik İletişim Onayı

NN Hayat ve Emeklilik 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 ret hakkınız her zaman saklıdır. Ticari ileti alma konusundaki onayınızı **www.nnhayatemeklilik.com.tr** adresinde yer alan internet şubemiz üzerinden de verebilir veya değiştirebilirsiniz.

Sigortalı ○ Evet ○ Hayır

Formun doldurulduğu tarih (Poliçe Başlangıç Tarihi):

Sigorta Ettiren*****	**Beyan Sahibi********	**Sigortalı********
Adı Soyadı	**Adı Soyadı**	**Adı Soyadı**
Tarih	**Tarih**	**Tarih**
İmza	İmza	İmza

****** Sigorta ettiren tüzel kişi ise kaşe ve temsile yetkili kişi imzası alınmalıdır.*
******* 18 yaş ve üstü Sigortalı adayı veya 18 yaş altı Sigortalı adayının ebeveynlerinden biridir.*

NN Hayat ve Emeklilik A.Ş. Genel Müdürlük - Maslak Mah. Sümer Sok. Maslak Office Building No:4/92 34485 Sarıyer / İstanbul
T: 0 212 334 05 00 (pbx) F: 0 212 346 38 25 E: info@nnhayatemeklilik.com.tr www.nnhayatemeklilik.com.tr
Müşteri İletişim Merkezi: 444 1 666 Mersis No: 0649033445000019

Desteğin Bizden Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Başvuru Formu (Grup/R) / Rev02 / Şubat 2020
İstanbul Ticaret Sicil Müdürlüğü Sicil No: 491142 Mersis No: 0649033445000019