



Tarih : .....

**SİGORTALI BİLGİLERİ**

Adı Soyadı :  Cep Telefonu :   
T.C. Kimlik No :  Ev Telefonu :   
Ürün Adı :  Adres :   
Poliçe No :   
Poliçe Başlangıç Tarihi :  Tehlikeli Hastalık Teşhis Tarihi :   
Acente / Aracı Bilgileri :  Tehlikeli Hastalık Bilgisi :   
İmza :

**TEHLİKELİ HASTALIKLAR TAZMİNAT BİLDİRİMİNDE GEREKLİ EVRAKLAR**

- Tazminat talebi için adres ve iletişim bilgilerinin yer aldığı sigortalı imzalı dilekçe
- Nüfus Cüzdanı Fotokopisi
- Tehlikeli hastalığın teşhisine baz teşkil eden tetkik sonuçları, görülen tedavilere ilişkin raporlar, detaylı epikriz raporu ve uzman hekim tarafından doldurulan Tıbbi İnceleme Formu
- Banka Hesap Bilgileri-IBAN numarası

BNP Paribas Cardif Emeklilik gerek görülmesi halinde ek belgeler talebinde bulunabilir.

*Tazminat talebiniz için lütfen bu formu eksiksiz doldurarak gerekli belgelerle birlikte Şirketimize posta veya faks yolu ile iletiniz.*