RAY SİGORTA
VIENNA INSURANCE GROUP

SAĞLIK SİGORTASI BAŞVURU FORMU

Lütfen Dikkat! Kırmızı renkli kısımlar şirket yetkililerince doldurulacaktır. Başvuru formu üzerinde uygun olan yerleri işaretleyiniz ve yazılması gereken yerleri büyük harfle yazınız.

Acente Ünvanı		Yeni	☐
Acente No.		Yenileme	☐
POLİÇE BİLGİLERİ (Poliçe No./Kayıt No.: .....)		Geçiş	☐

Yenilenecek Ürün/Poliçe No.		Sigorta Başlangıç Tarihi	/ /
Seçilen Ürün/Plan		Sigorta Süresi	Ay

SİGORTALI ADAYININ

Adı		Soyadı	
Cinsiyeti	☐ E ☐ K	Medeni Hali	☐ Evli ☐ Bekâr
Doğum Yeri		Çocuk Sayısı	
Doğum Tarihi	/ /	Öğrenim Durumu	
Baba Adı		Mesleği	T.C. Kimlik No.
Sosyal Güvenlik No.	☐ S.G.K. ☐ Diğer (.....)		
Ev Adresi:		E-posta	
		Ev Tel.	
İş Adresi:		İş Tel.	
		Cep Tel.	

SİGORTALI ADAYININ ve DİĞER AİLE BİREYLERİNİN

	1. ADAY	2. ADAY	3. ADAY	4. ADAY
Adı/Soyadı				
Doğum Yeri				
Doğum Tarihi	☐E ☐K	☐E ☐K	☐E ☐K	☐E ☐K
Cinsiyeti				
Yakınlığı				
Baba Adı				
Uyruğu				
Medeni Hali				
T.C. Kimlik No.				
Çocuk Sayısı				
Ev Adresi				
İş Adresi				

Eş ve çocuklardan biri ya da birkaçı sigortalanmadı ise sebebini açıklayınız?
(Başka bir şirkette poliçesi var ise güncel poliçe / sertifikalarını ekleyiniz. Ray Sigorta A.Ş. bünyesinde başka bir poliçede sigortalı ise poliçe numarasını belirtiniz.)

Tazminat Ödemeleri İçin Hesap Sahibinin	Hesap Adı/Soyadı	Bankası	Şubesi	İban No.	Hesap No.

Prim Ödeme Şekli	☐ Nakit ☐ Kredi Kartı	Prim Ödeme Planı	☐Peşin ☐%25 Peşin 5 eşit taksit ☐8 eşit taksit

Kredi Kart Hamilinin Adı / Soyadı	Kredi Kartı No.	Banka	Son Kullanma Tarihi	CVV No.	Kart Türü
			AY YIL		☐VISA ☐MASTER

Kabul Edilen Teklif Primi	Plan:	Tarife Primi:	Net Satış Primi:

Yukarıda verdiğim bilgiler doğrultusunda sigorta primlerimin ikinci bir talimatıma kadar kredi kartı hesabımdan karşılanmasını, müteakip taksitlerin kredi kartımdan tahsil edilememesi halinde sigortamın, genel şartlar gereği feshedileceğini kabul ederim. Bu belge kredi kartı kullanımı ile ilgili olarak kart hamili ile kartı veren banka arasında yapılan sözleşmeye istinaden düzenlenmiştir. Kart hamilinin sigorta şirketine aksi bir yazılı talimatı olmadıkça, söz konusu poliçeler ile ilgili olarak kredi kartı hesabına yapılan borç kayıtlarını ödemeyi kabul ve taahhüt eder.

Kart Hamilinin (*)
Adı/Soyadı/İmzası

* (Sigorta ettirenle aynı kişi olmalıdır.)

SİGORTA ETTİRENİN Sigortalıyla İlişkisi: ☐ Kendisi ☐ Şirketi ☐ Başkası

Adı - Soyadı/Unvanı			Doğum Tarihi		
T.C. Kimlik No.		Vergi Kimlik No.	Baba Adı		
Adresi			İş Tel.		Ev Tel.
		İlçe	Cep Tel.		Faks
Posta Kodu	İl	İl Trafik Kodu	E-posta		

Yukarıda hesap edilmiş prim başvuru sahiplerinin sağlıklı olduğu/hasarsızlık indiriminden yararlanma koşullarının mevcut olduğu varsayımı ile hazırlanmıştır. Başvuru formu, ekli belgelerin, raporların ve şirket kayıtlarının değerlendirilmesi sonucunda primler değişebilir. Başvuru sahibi olarak şirketin uygulayacağı primi şimdiden kabul etmekteyim. Bu başvuru formu ve ekli belgelerinde verdiğim bilgilerin tam ve doğru olduğunu taahhüt ederim. Bu formu doldurmamın Ray Sigorta A.Ş. tarafından sigortalanma işleminin gerçekleştiği anlamına gelmediğini, başvurumun kabul edilmesi ve prim tutarının veya ilk prim taksitinin ödenmesinden sonra sigorta teminatlarının yürürlüğe gireceğini kabul ederim.

Ad/Soyad

Tarih ve İmza

NAKİT TAHSİLAT MAKBUZU

Sayın ..... 'den/dan ..... numaralı başvuru nedeniyle .....
(Yazı ile yalnız .....) YTL nakden tahsil edilmiştir.

Acente Kodu:	Acente Unvanı:	Tarih/İmza

Önemli Not: T.T.K. MADDE 1430 uyarınca - Sigorta ettiren, sözleşmeyle kararlaştırılan primi ödemekle yükümlüdür. Aksine sözleşme yoksa sigorta primi peşin ödenir. Özel kanunlardaki hükümler saklıdır. Sigorta ettiren, sigortacının sorumluluğu başlamadan önce, kararlaştırılmış primin yarısını ödeyerek sözleşmeden cayabilir. Sözleşmeden kısmi cayma hâlinde, sigorta ettirenin ödemekle yükümlü olduğu prim, cayılan kısma ilişkin primin yarısıdır.