

## TAZMİNAT TALEP FORMU

Tarih:...../...../20....

### Tazminata Konu Teminat Tipi

- Vefat  Maluliyet  Tehlikeli Hastalıklar  
 Tedavi Masrafları  Gündelik İş Göremezlik

Poliçe, Emeklilik veya Sertifika Numarası: \_\_\_\_\_

Sigortalının Adı Soyadı: \_\_\_\_\_

Sigortalının T.C. Kimlik Numarası: \_\_\_\_\_

Tazminatın Konusu: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Yukarıda belirtilen tazminat ödemesiyle ilgili işlemlerin yapılmasını arz ederim.

Ad Soyad: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

İmza: \_\_\_\_\_

Poliçenizle ilgili her türlü bilgi için **444 45 46** no.lu telefondan Allianz Çözüm Hattı'nı arayabilirsiniz.

Tazminat evrakını "Allianz Hayat ve Emeklilik A.Ş. Bağlarbaşı, Kısıklı Cad. No: 13 34662 Altunizade / İstanbul" adresine göndermeniz gerekmektedir.