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. Allianz Tower Küçükbakkalköy Mahallesi Kayışdağı Caddesi No: 1 34750 Ataşehir İstanbul" adresine göndermeniz gerekmektedir.