

**TIBBİ KÖTÜ UYGULAMAYA İLİŞKİN ZORUNLU MALİ SORUMLULUK
SİGORTASI SORU FORMU****ACENTE BİLGİLERİ**

Acente Adı :
Acente Kodu :
Telefon No :
Faks No :
E-mail :@.....

TEMİNATIN

Başlangıç Tarihi :/...../..... **Bitiş Tarihi** :/...../.....

SİGORTALI BİLGİLERİ

Adı - Soyadı :
T.C. Kimlik No :
Telefon No :
GSM No :
Faks No :

Adres Bilgileri

: Ev Adresi İş Adresi

Cadde : Mahalle :
Sokak : Bina Adı :
Bina No : Daire No :
Semt : İlçe :
İl :

Eğitim Tescil Türü : Diploma Tescil Uzmanlık Tescil
Tescil No :
Tescil Tarihi :/...../.....
Sigortalı Asistan mı? : Evet Hayır
Sigortalı Uzmanlık Dalı :

Geçmiş Dönemde Hasar Var mı ? : Evet Hayır
(Evet ise detay bilgi veriniz)

SİGORTA ETTİREN BİLGİLERİ

Türü : Özel Kurum Kamu Kurumu Serbest Çalışan
Adı - Soyadı/Ünvanı :
T.C. Kimlik No :
Vergi Kimlik No :
Telefon No :
Faks No :

Adres Bilgileri

Cadde : Mahalle :
Sokak : Bina Adı :
Bina No : Daire No :
Semt : İlçe :
İl :

ACENTE
İMZA/KAŞE

SİGORTALI
ADI-SOYADI /İMZA

SİGORTA ETTİREN
ADI-SOYADI /İMZA

TARİH :