



□□/□□/□□□□

BNP Paribas Cardif Emeklilik A.Ş. Dikkatine

□□□□□□□□□□ no'lu poliçe kapsamındaki kaza ile tedavi teminatı tazminatına dair tazminat talebimin değerlendirilmesini rica eder, ilgili evrakları eklerde bilginize sunarım.

Saygılarımla

Sigortalı

Adı Soyadı :

İmza :

Bu formu eksiksiz olarak doldurduktan sonra imzalayarak 0216 454 05 45 no'lu faksımıza göndermenizi rica ederiz.