

Lütfen bu formdaki tüm bilgilerin eksiksiz olarak doldurulduğundan emin olunuz.

**SATIŞ KANALI BİLGİLERİ**

ACENTE UNVANI:	<b>SİGORTA BİRİMİ</b> SİGORTA ARACILIK HİZM.LTD.STİ. A.Öveçler Mah. 1324 cad. 15/5 ÇANKAYA Tel:0312 473 50 90 ANKARA Başken V.D. 770 043 6487 TCSN / Mersis No:398358	Acente Kodu:	.	Eleman Kodu:	
		Police Başlangıç Tarihi:	...../...../.....		

**SİGORTA ETTİRENİN**

ADI, SOYADI:	TC KİMLİK NO: .....	VERGİ KİMLİK NO: .....
BABA ADI:	İŞ TEL: .....	CEP TEL: .....
İKAMET ADRESİ:	E-POSTA: .....	

**SAĞLIK SİGORTASI KAPSAMINA ALINACAK FERT İÇİN****1. ADAY**

SİGORTALI ADI, SOYADI	
TC KİMLİK NO:	
CİNSİYET	
DOĞUM TARİHİ	

**SAĞLIK SİGORTASI KAPSAMINA ALINACAK FERT İÇİN****2. ADAY**

SİGORTALI ADI, SOYADI	
TC KİMLİK NO:	
CİNSİYET	
DOĞUM TARİHİ	

**SAĞLIK SİGORTASI KAPSAMINA ALINACAK FERT İÇİN****3. ADAY**

SİGORTALI ADI, SOYADI	
TC KİMLİK NO:	
CİNSİYET	
DOĞUM TARİHİ	

**SAĞLIK SİGORTASI KAPSAMINA ALINACAK FERT İÇİN****4. ADAY**

SİGORTALI ADI, SOYADI	
TC KİMLİK NO:	
DOĞUM TARİHİ	
CİNSİYET	

ÖDEME ŞEKLİ	KREDİ KARTI	POLİÇE TOPLAM PRİM	.....TL
ÖDEME TÜRÜ	PEŞİN <input type="checkbox"/> 8 EŞİT TAKSİT <input type="checkbox"/>		
KREDİ KART HAMİLİNİN ADI, SOYADI:		TAKSİT TUTARI	.....TL
KART TÜRÜ	VİSA <input type="checkbox"/> MASTERCARD <input type="checkbox"/>		
KART NUMARASI .....		ÖDEME İÇİN VADE BAŞLANGIÇ TARİHİ	...../...../.....
BANKA ADI			
GEÇERLİLİK TARİHİ	CVW NO .....		

\* Mutlaka sigorta ettiren ya da sigortalıya ait kredi kartı bilgilerini yazınız.

Yukarıda verdiğim bilgiler doğrultusunda sigorta primlerimin ikinci bir talimatıma kredi kartı hesabımdan karşılanmasını, müteakip taksitlerin kredi kartımdan tahsil edilmemesi 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.

**SİGORTA ETTİREN/SİGORTALI****SATIŞ KANALI**

Adı Soyadı	İmza	Tarih	Adı Soyadı - Kaşe/Yetkili İmzaları	Tarih
			<b>SİGORTA BİRİMİ</b> SİGORTA ARACILIK HİZM.LTD.STİ. A.Öveçler Mah. 1324 cad. 15/5 ÇANKAYA Tel:0312 473 50 90 ANKARA Başken V.D. 770 043 6487 TCSN / Mersis No:398358	