

Lütfen bu formu okunaklı bir şekilde doldurunuz.

Tarih \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

## POLİÇE BİLGİLERİ

Police No / Police Sıra No	Police Başlangıç Tarihi
Acente No / KRY No	Police Bitiş Tarihi

## YENİ SİGORTA ETTİREN

Adı, Soyadı / Ünvanı	Vergi Dairesi No
Doğum Yeri / Tarihi	GSM No (0 )
Uyruk	Telefon (0 )
T.C. Kimlik/Pasp./ Yabancı Kimlik No	E-posta _____@_____
Adresi Ev	Yazışma Tercihi
İş	Ev <input type="checkbox"/>
	İş <input type="checkbox"/>

## KREDİ KARTI BİLGİLERİ

Kart Sahibinin Adı - Soyadı	
Kredi Kartı No / CVV	----- / ---
Son Kullanım Tarihi	Kart Türü <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> Master
Banka Adı	

## BANKA HESAP BİLGİLERİ

Hesap Sahibi	IBAN No
	□□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□

## SİGORTA ETTİREN BEYANI

Sayın Sigorta Ettiren,

\* Sigorta Ettiren olarak yazılı talimat ile aksini Sigortacı'ya bildirmediğim takdirde, bu ve bundan sonraki sigorta sözleşme dönemlerinde Başvuru Formu ile bilgilerimi vermiş olduğum tüm sigortalılar için, aynı sigorta planı dahilinde yeni bir teklifnameye gerek olmaksızın Sigortacı'nın yeniden poliçe tanzim edebileceğini, hesaplanacak primlerin yukarıda bilgilerimi vermiş olduğum kredi kartından tahsil edilebileceğini ve tarafımdan Acıbadem Sağlık ve Hayat Sigorta A.Ş.'nin bu konuda işbu beyanla yetkilendirildiğini kabul ediyorum.

\* Sigorta Ettiren ile Sigortacı tarafından mutabık kalınan/kararlaştırılan prim ödeme vadeleri kesin vade niteliğindedir. Sigorta Ettiren, kararlaştırılan prim taksitlerinin herhangi birini kararlaştırılan vade tarihinde ödemediği takdirde temerrüde düşer ve Türk Ticaret Kanunu'nun 1434. maddesi uygulanır. Sigortacı'nın, Sigorta Ettiren'in temerrüdü nedeniyle Türk Borçlar Kanunundan doğan diğer hakları saklıdır.

\* Sigorta Sözleşmenizin kesintisiz devamı için, bilgisini vermiş olduğunuz kredi kartınızın mail-order'a (kart bilgisi ile çekim yapılmasını sağlayan sistem) açık olduğundan ve/veya kartın harcama limitinden bağımsız olan mail-order limitinin yeterli olduğundan emin olunuz.

\* Bilgisini verdiğiniz kredi kartınızın kullanım süresinin (son kullanma tarihi) ödemeleriniz devam ederken dolması halinde, kartınızın değişen son kullanma tarihini veya ödemelerinizin kesintisiz devamını sağlayacak yeni kart bilgilerinizi bu formu kullanarak tarafımıza iletebilirsiniz.

\* ..... numaralı poliçeyi tüm hak, menfaat ve yükümlülükleri ile, yukarıdaki bilgiler çerçevesinde, işbu yazının imzalandığı tarih itibarıyla devretmek/devralmak istiyoruz. Mevcut tahsilatın sigorta ettiren değişikliği sonrasında devreden Sigorta Ettiren'e iade edilemeyeceğini, iptal ve iade talebinin yeni Sigorta Ettiren tarafından kullanılabilmesini kabul, beyan ve taahhüt ederiz.

\* Yapılacak bu devir konusunda Acıbadem Sağlık ve Hayat Sigorta A.Ş. çalışanlarıca tarafımıza her türlü bilgilendirme yapılmış olup, olumlu ve olumsuz yönleri ile mevzuat gereğince üzerimize düşen yükümlülükler izah edilmiş ve poliçe ile ilgili özel ve genel şartlar yeni Sigorta Ettiren'e teslim edilmiştir.

## ÖNEMLİ NOT

\* Sigorta ettiren değişikliklerinde bilgilendirme formu alınmalı ve yeni sigorta ettiren tarafından imzalanmalıdır.

\* Sigorta ettiren değişikliği talebinde yeni sigorta ettiren şirket olması durumunda; İmza sirküleri, Faaliyet belgesi, Vergi levhası, Yetkili kimlik fotokopisi ve Ticaret sicil evraklarının alınması gerekmektedir.

Eski Sigorta Ettiren Unvan,Kaşe/Adı, Soyadı, İmza, Tarih	Yeni Sigorta Ettiren Unvan,Kaşe/Adı, Soyadı, İmza, Tarih
___/___/_____	___/___/_____