

Lütfen bu formu okunaklı bir şekilde doldurunuz.

Tarih ___/___/_____

POLİÇE BİLGİLERİ

| | | | |
|--------------------|--|-------------------------|--|
| Police No | | Police Başlangıç Tarihi | |
| Aracı / KRY Adı No | | Police Bitiş Tarihi | |

SİGORTA ETTİREN / SİGORTALI

| | | | |
|---|---------------|------------------------------------|---|
| | | <input type="checkbox"/> Sigortalı | <input type="checkbox"/> Sigorta Ettiren |
| Adı, Soyadı / Unvanı | | Vergi Dairesi No | |
| Doğum Yeri / Tarihi | ___/___/_____ | GSM No | (0) |
| Uyruk | | Telefon | (0) |
| T.C. Kimlik/Pasp./ Yabancı Kimlik No | | E-Posta | _____@_____ |
| Adresi | Ev İş | | Yazışma Tercihi 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 |
| | □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□ |

BEYAN BİLGİLERİ

Sayın Sigorta Ettiren,

* Sigorta Ettiren olarak, yazılı talimat ile aksini sigortacıya 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 beyan ile yetkilendirildiğini kabul ediyorum.

NOT: Sigorta sözleşmenizin kesintisiz devamı için, 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.

| | |
|--|---|
| Sigorta Ettiren / Sigortalı Unvan, Adı, Soyadı | Sigorta Ettiren / Sigortalı Kaşe, İmza, Tarih |
| | ___/___/_____ |