

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 bildirmedğim 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
	___/___/_____