

Tarih :

\_\_\_\_\_ kayıt numaralı poliçemin ikraz (borç) ödemesinin \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ tarihinde aşağıda bilgileri bulunan kredi kartımdan / hesabımdan çekilmesini rica ederim.

**Sigorta Ettiren**

Adı Soyadı :

İmza :

**Kredi Kartı Bilgileri**

Kart Sahibinin Adı Soyadı : \_\_\_\_\_

Kart Numarası : \_\_\_\_\_

Son Kullanma Tarihi : \_\_\_\_ / \_\_\_\_

CVV : \_\_\_\_\_

İmza\*:

**Hesap Bilgileri****Fortis Bank Otomatik Ödeme**

Hesap Sahibinin Adı Soyadı : \_\_\_\_\_

Banka Şube Kodu : \_\_\_\_\_

Hesap Numarası : \_\_\_\_\_

IBAN : \_\_\_\_\_

İmza\*:

\*Sigorta ettirenden farklı ise imzalanmalı ve ilgili kişiye ait kimlik fotokopisi ile birlikte tarafımıza gönderilmesi gerekmektedir.

Bu form eksiksiz doldurup imzalayarak **0216 454 05 45** numaralı faksımıza göndermenizi rica ederiz.