

Kredi Kartıyla Ödeme Talimatı

Kredi Kartı No : / /

Kart Sahibi Adı/ Soyadı:

Kredi Kartı Türü : Visa MasterCard Troy

Son Kullanma Tarihi : / (aa/yy)

Ödemelerin başlama tarihi:

Ödemeler için tahsilat günü: Ayın . günü

Telefon No :

E-posta : @

_____ numaralı poliçeme ait ödemelerimin yeni talimatıma kadar yukarıda verdiğim bilgilere göre kredi kartımdan sürekli olarak tahsil edilmesini rica ederim. Bu talimatımın yenilenen poliçelerim için de geçerli olacağını, kredi kartımla ilgili yenilemeler sonucunda oluşacak değişiklikleri Şirketinize bildireceğimi, bu bilgilerin Şirketiniz tarafından da alınmaya çalışılacağını ancak bildirimin gerçekleşmemesi veya bilginin Şirketinizce alınamaması nedeni ile tahsilatın yapılamamasından doğacak sonuçlardan Şirketinizin sorumlu olmayacağını kabul ve beyan ederim.

Önemli not: Kredi kartınızla ilgili herhangi bir değişikliğin bildirilmemesi, kartın blokeli olması veya bakiye yetersizliği nedeniyle tahsilatın yapılamamasından doğacak sonuçlardan Şirketimiz sorumlu değildir. Hayat sigortaları için yeni başvurularda teminatlar, ilk primin tahsilatı ile yürürlüğe girecektir. Hayat sigortalarında kredi kartıyla yapılan ödemelerde, paranın Şirket serbest hesabına intikal ettiği tarihte işlem yapılacaktır. Kredi kartının sigortalıya ait olması zorunludur.

Tarih:

İmza: