



## Kredi Kartı Ödeme Formu

### Police ve Kart bilgileri:

Police No : .....

Sigorta Şirketi : .....

Tanzim Tarihi : ..... / ..... /20..... Taksit Sayısı : .....

Police Prim Tutarı : .....

Banka Adı : .....

Kredi Kartı Türü :  Visa  MasterCard Diğer: .....

Kredi Kartı No :

CVC kodu : 



 Geçerlilik Tarihi : ..... / 20.....

### Talep sahibi müşteri bilgileri:

İrtibat Telefonu : ( 0 ..... ) .....

İrtibat E-posta : .....@.....

Talep tarihi : ..... / ..... / 20.....

Yukarıda belirtilen kredi kart bilgilerimin doğruluğunu ve geçerliliğini beyan ve taahhüt eder sigorta poliçesine/poliçelerine ait ücretin beyan ettiğim kredi kartımdan tahsil edilmesini kabul ve taahhüt ederim.

Müşteri adı, soyadı : .....

İmza : .....

### **ÖNEMLİ :**

Değerli müşterimiz, formda sizlerden istenen bilgilerin tam ve doğru olarak yazılması, talep ettiğiniz işlemi tamamlayabilmemiz için önemlidir, lütfen formu eksiksiz doldurunuz.

- Bilgileri yukarıda belirtilen kredi kartından herhangi bir prim taksitinin tahsil edilememesi halinde talimatınız iptal edilecektir.
- Kart bilgileriniz değiştiği takdirde, kredi kartı ile poliçe primi ödeme talimatınızı yeniletiniz.
- Poliçe primi borcunun kredi kartınızdan tahsil edilememesi durumunda 30 iş günü içerisinde poliçeniz iptal edilecektir.
- Poliçe prim borcunun ödenmesinde temerrüde düşülmesi halinde iş bu belge yasal delil teşkil etmek kaydıyla hakkınızda yasal takip işlemleri başlatılacaktır.
- **İmzalı formu** gönderebileceğiniz fax numaramız: **(0212) 365 64 04**
- E-mail: **sigortatahsilat@vdf.com.tr**