



TİCARET MÜDÜRLÜĞÜ

TARİH

...../...../.....

SİGORTA POLİÇESİ KREDİ KARTI İLE ÖDEME TAAHHÜT FORMU

SAYI

.....

ADRES VE İLETİŞİM BİLGİLERİMİZ

Tel : (0 312) 584 82 00 (99 hat) 555 30 85-86 Faks :0 (312) 231 01 81 – 231 63 70

Neyzen Tevfik Sok. No:39 Maltepe / ANKARA

www.telekom-bys.org.tr

SİGORTALININ	
ADI	
SOYADI	

GELİŞ TÜRÜ : TEL FAX YÜZYÜZE E-MAIL

DiĞER

KREDİ KARTI SAHİBİNE AİT BİLGİLER

KİMLİK BİLGİLERİ

Tc Kimlik No:		Adres :	
Vergi No .			
Adı			
Soyadı		İl / İlçe	
Ev Tel.		KREDİ KARTI BİLGİLERİ	
İş Tel.			
Cep Tel.		Banka Adı	
Faks No.		Kart No	
E-Mail		Kart Türü	<input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> Master Kart <input type="checkbox"/> Diğere
POLİÇE NO	.....	Son Kullanma Tarihi	...../20.....
		Güvenlik Kodu	artın Arka Yüzündeki son üç rakam

TAKSİT BİLGİLERİ GİRİŞİ

	Ödeme Tarihi Gün / Ay / Yıl	Ödeme Tutarı	Para Birimi
1.Taksit	...../...../20.....		
2.Taksit	...../...../20.....		
3.Taksit	...../...../20.....		
4.Taksit	...../...../20.....		
5.Taksit	...../...../20.....		
6.Taksit	...../...../20.....		
7.Taksit	...../...../20.....		
Toplam			

Toplam Ödeme Tutarı(Yazı İle).....

Ödeme Tarihleri ve ödeme tutarlarının Poliçe / zeyil üzerindeki ödeme planına dikkat ediniz.Ödeme tarihinden birinin, kredi kartınızın son kullanma tarihinden sonra olması durumunda;kartınızın geçerlilik tarihi bitimi ile ilgili banka tarafından yenileneceği varsayımından hareketle bu ödeme emri hazırlanmıştır.Kredi kartınızın herhangi bir şekilde yenilenmemesi halinde yukarıda belirtilen telefon veya faks numaralarına haber vermeniz, prim borcunuz var ise ödeme yapmanız gerekmektedir.

Kredi kartınızın son ödeme tarihinden önce çalınma,kaybolma vs. gibi nedenlerle iptali söz konusu olduğunda lütfen Sandığımızı bilgi veriniz.

Sigorta teminatının devamı ve hasar anında borcunun ödenmemesi nedeniyle herhangi bir problem yaşanmaması için kredi kartı ekstrelerinizde Sandığımız adına düzenlediğiniz ödeme emirlerinin yapıp yapılmadığını kontrol ediniz.

BELİRTİLMİŞ OLAN POLİÇE / ZEYİLLER İÇİN YAZILI ÖDEME TUTARLARININ ÖDEME TARİHİNDE KREDİ KARTI HESABIMDAN TAHSİL EDİLMESİNİ KABUL EDERİM.

Tarih...../...../20.....
Sigortalı Adı Soyadı / Ünvanı

Kontrol Eden
Adı Soyadı / Ünvanı

TTP-BYS
Onay
Adı Soyadı / Ünvanı