

\_\_\_\_\_ Kayıt numaralı poliçemden doğan tüm haklarımın ve borçlarımın \_\_\_\_\_ 'ya  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ tarihinden itibaren devredilmesini talep ediyorum.

**Sigortalı\***

Adı Soyadı :

İmza :

**Sigorta Ettiren\***

Adı Soyadı :

İmza :

\*Sigortalı ve sigorta ettiren farklı ise iki alanın da imzalanması gerekmektedir.

**Devralan Sigortalının****İletişim Bilgileri :**

Adı, Soyadı \_\_\_\_\_

Adresi \_\_\_\_\_

Telefon Numarası \_\_\_\_\_

Gsm \_\_\_\_\_

E-posta \_\_\_\_\_

**Kredi Kartı Bilgileri :**

Kart Sahibinin Adı Soyadı \_\_\_\_\_

Kart Numarası \_\_\_\_\_

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

CW \_\_\_\_\_

İstenilen Çekim Günü \_\_\_\_

İmza\*\*:

**2.Kredi Kartı Bilgileri : (yukarıda belirtilen kredi kartında sorun çıkması durumunda kullanılacaktır)**

Kart Sahibinin Adı Soyadı \_\_\_\_\_

Kart Numarası \_\_\_\_\_

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

CW \_\_\_\_\_

İstenilen Çekim Günü \_\_\_\_

İmza\*\*:

\*\* Sigortalı ile kart sahibinin farklı olması durumunda imzalanmalıdır.

**Dilekçe ekleri;**

1. Devralan sigortalıya ait güncel sağlık beyanı formu
2. Devralan sigortalıya ait kimlik fotokopisi

\_\_\_\_\_ Kayıt numaralı poliçeyi, tüm hakları ve yükümlülükleri (borç ve prim ödemeleri) ile devraldığımı ve dilekçenin ekinde yer alan belgelerin şahsıma ait olduğunu beyan ederim.

**Devralan Sigortalının**

Adı Soyadı :

İmza :

Bu formu eksiksiz olarak doldurulup imzalanarak **0216 454 05 45** numaralı faksımıza göndermenizi rica ederiz.