



_____ 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 : ____/____

CVV : _____

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 : ____/____

CVV : _____

İstenilen Çekim Günü : ____

İmza**:

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

Dilekçe ekleri;

- Devralan sigortalıya ait güncel sağlık beyanı formu
- 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 imzalarak 0216 454 05 45 numaralı faksımıza göndermenizi rica ederiz.