



\_\_\_\_\_ 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;**

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.