

Sigortalıya AitT.C. Kimlik Numarası : Poliçe No : Adı, Soyadı : Doğum Tarihi : Değişiklik Geçerlilik Tarihi : **Yeni Ödeme Bilgileri****Kredi Kartı Bilgileri**Kart Sahibinin Adı, Soyadı : Banka Adı: Kredi Kartı No: Son Kullanma Tarihi: CW: **Mail Order Talimatı:** Yukarıda bilgileri yer alan ve Fortis Bank A.Ş. tarafından sunulan kredi kartı(lar)ın mail order sistemine alınmasını ve primlerimin vadesinde kredi kartımdan alınmasını gayrikabili rücu olarak kabul ederim.**Fortis Bank Hesap Bilgileri**Hesap Sahibinin
Adı, Soyadı : Şube Adı : Şube Kodu : Hesap Numarası: IBAN :

Fortis Emeklilik ve Hayat A.Ş. tarafından, bu formun geçerlilik tarihini izleyen ayların ödeme planına uygun olarak vadesinde ödenmesi gereken primlerimin yukarıda belirttiğim otomatik ödeme / kredi katkı hesabından yeni bir talimatıma kadar tahsil edilmesi konusunda şirketinize yetki veriyor, kartımın kapanması, son kullanım tarihinin ve kart numarasının değişmesi halinde değişikliği tarafınıza bildireceğimi beyan ediyorum.

Tarih:

İmza:

Bu formu eksiksiz doldurup imzalayarak 0216 454 05 45 no'lu faksımıza göndermenizi rica ederiz.