

VAKIF EMEKLİLİK A.Ş
KREDİ KARTI ÖDEME BİLGİ FORMU**Müşteri Bilgileri:**

Adı/Soyadı :
T.C.Kimlik No :
Poliçe / Başvuru No :
Vergi Kimlik No :

Kart Bilgileri:

Kart Numarası

Kart Tipi : Visa MasterCard/Euro Card

Son Kullanma Tarihi : /

*Güvenlik Kodu: (CVV-CVC)

Aşağıdaki bölümlerden yalnızca birini doldurunuz.

Kartınızdan düzenli olarak çekim yapılmasını istiyorsanız:

Sigorta primlerinin aylık (), üç aylık (), altı aylık (), yıllık (), tutarındaki taksitler halinde ve her taksidin ayın günü kredi kartı hesabımdan alınması konusunda şirketinize yetki veriyorum. Bu yetkinin, ödeme şekli ya da tutarlarının değişmesi durumlarında da, yetkiyi iptal ettiğimi bildiren bir dilekçeyi şirketinize gönderene kadar geçerli olacağını biliyorum.

Tarih:...../...../..... İmza:.....

Sadece bir defaya mahsus çekim yapılmasını istiyorsanız:

Sigorta primlerimden, aşağıda belirttiğim tutar ve vadeye karşılık gelen taksidimin, kredi kartı hesabımdan alınması konusunda şirketinize yetki veriyorum.

Vade:..... Tutar:.....

Tarih:...../...../..... İmza:.....

Kredi kartı sahibi farklı bir kişi ise doldurulacaktır:

Yukarıda yazılı olan Başvuru/Poliçe numarası sahibi
..... adına bir seferlik / düzenli olarak, her taksidin ayın günü kredi kartımdan çekim yapılmasına onay veriyorum.

Adı Soyadı:

Tarih:/...../..... İmza:.....

*Güvenlik Kodu: Kredi kartının arka yüzünde ve imza panelinin üzerinde bulunan son üç numaradır.