

DEMİR HAYAT SİGORTA A.Ş.

Büyükdere cad. Özsezen İş Merkezi
No: 124 Esentepe / İstanbul
Faks: 0 212 274 65 85

Sayın İlgili;

..... numaralı poliçelerimin primlerimin aksine dair tarafımca yazılı bir talimat verilmediği sürece aşağıda bilgileri bulunan kredi kartımdan tahsil edilmesi konusunda gereğini rica ederim.

KART SAHİBİNİN ADI SOYADI :
Banka Adı :
Kart Numarası :
Son Kullanım Tarihi : / 20
CVV No :

*Kart sahibi sigorta ettiren olmalıdır.

Saygılarımla;
(Kart sahibi) İsim / Soyad

İmza