

ANLAŞMASIZ SAĞLIK KURULUŞLARINDAKİ TAZMİNAT ÖDEMELERİ İÇİN BANKA IBAN NO BİLDİRİM FORMU

Tarih :

..... nolu sağlık sigorta poliçemin tazminat ödemelerinin aşağıda bilgisini sunmuş olduğum / olduğumuz banka iban numarasına ödenmesini rica ederiz.

Tazminat Ödemelerin Yapılacağı ;

Banka Adı :

Şube Adı :

Banka Hesap No Sahibi :

IBAN No : ***** (26 haneli)

Notlar : * Sigorta poliçesinde birden fazla sigortalı var ise her birinin isim ve imzasının yer alması gerekmektedir.

*SİGORTALI / SİGORTALILAR

SİGORTA ETTİREN

Adı Soyadı

Adı Soyadı

İmza

İmza

DEMİR SAĞLIK VE HAYAT SİGORTA A.Ş.