Tarih

 HALK SİGORTA A.Ş.

 Şirketiniz bünyenizde düzenletmiş olduğum ………………… Poliçe/TC numaralı Tamamlayıcı Sağlık Sigortamın yenilemesinin yapılarak altta belirtilen kredi kartımdan tahsil edilmesini kabul ediyorum.

Kart Sahibi Ad Soyadı:

Kart Numarası: …. / …./…./…./

CVV: … Son Kullanım : ../..

Taksit Sayısı: ..

 AD-SOYAD

 İMZA