

**Fatura Kurum Adı:** AEGON EMEKLİLİK VE HAYAT A.Ş.

**Sigorta Ettiren Bilgileri**

Adı Soyadı:

TCKN:

Cep No:

0 ( )

E-mail:

Banka Adı:

Şube Adı:

Hesap No:

Kayıt No / Abone No / POLID No(\*):

Poliçe No(\*):

Aegon'da bulunan ve yukarıda numarasını belirtmiş olduğum poliçemin / poliçelerimin tahsilatlarının banka hesabımdan otomatik ödenmesi talebinde bulunduğumu kabul ve beyan ederim.

Sigorta Ettiren Adı Soyadı:

Tarih:

İmza:

**ÖNEMLİ BİLGİLER**

(\*Poliçe ve POLID numaranıza Aegon Online'dan veya 0850 222 0 312 numaralı Çağrı Merkezi'mizden ulaşabilirsiniz.

Bu form otomatik ödeme talimatı ile ilgilidir. Lütfen bankanıza düzenli ödeme talimatı vermeyiniz.

Otomatik ödeme talimatı verebileceğiniz güncel banka bilgilerine [www.aegon.com.tr](http://www.aegon.com.tr) sayfasından ulaşabilirsiniz.

\*Bu formu imzaladıktan sonra e-mail olarak [info@aegon.com.tr](mailto:info@aegon.com.tr) adresine veya 0216 579 79 00 no'lu faks numarasına göndermeniz halinde talebiniz işleme alınacaktır.