

## Ödeyen Değişikliği Talep Formu

.././20..

..... numaralı poliçe / sözleşme için aşağıda bilgileri yer alan kişinin ödeyen olarak tanımlanması rica ederim.

### Yeni Ödeyen Bilgileri

Adı Soyadı			
T.C. / Yabancı Kimlik No.		Vergi No:	
İletişim Adresi			
E-posta Adresi			
Cep Telefon No.		Ev / İş Telefon No.	
Yeni Ödeme Aracı	Hesap <input type="checkbox"/>	Kredi Kartı <input type="checkbox"/>	

Hesap Numarası*			
Şube Kodu		Hesap / Ek No.	/

Kredi Kartı (ilk 6 ve son 4 hane)							x	x	x	x	x	x				
-----------------------------------	--	--	--	--	--	--	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--

**Sigortalı / Katılımcı İmza****Sigorta Ettiren / Ödeyen İmza**

\*Banka hesabı olarak sadece DenizBank hesaplarından otomatik ödeme alınabilmektedir.

Yeni ödeyen kimlik fotokopisi ile birlikte musterihizmetleri@metlife.com.tr veya 0216 538 9494 numaralı faksımıza imzalı formu iletmeniz halinde talebiniz 5 iş günü içerisinde işleme alınacaktır.