

Tazminat Talep Formu

Seyahat İptal Sigortası

Lütfen tüm evrakları aşağıdaki adrese gönderiniz

Demir Sağlık ve Hayat Sigorta A.Ş.
Büyükdere Cad. Özsezen İş Merkezi
124/B 34394 Şişli / İSTANBUL

Lütfen dikkatli ve eksiksiz doldurunuz.

A Seyahat katılımcısı bilgileri

1. Bu talep bildirisini dolduran/imzalayan tur katılımcısı

_____ / _____

Soyadı, Adı

Sokak/Apartman no

Posta kodu/İkamet yeri

Doğum tarihi

Telefon (alan kodu ile) (iş)

Telefon (alan kodu ile) (ev)

E-posta adresi

2. Seyahati iptal olan diğer katılımcılar

Soyadı, Adı

Doğum tarihi

Soyadı, Adı

Doğum tarihi

Soyadı, Adı

Doğum tarihi

Soyadı, Adı

Doğum tarihi

Eğer dörtten fazla kişi rezervasyon yaptırmış ise, lütfen akrabalık derecesini bildiriniz. (Kanıt belirtmek gereklidir).

Lütfen sigorta tazminatını almaya yetkili kişinin adı ve adresini veriniz.

Hesap sahibinin adı

Bankanın adı ve adresi

Banka şube kodu

Hesap numarası

IBAN

Eğer para Almanya dışından yatırılacaksa lütfen aşağıdaki bilgileri doldurunuz.

B İptal edilen seyahatle ilgili bilgiler

Tur operatörü

Variş ülkesi

Seyahat rezervasyon tarihi

Planlı başlangıç tarihi

Planlı bitiş tarihi

Seyahat türü: Uçak

Tren

Apart daire/ev/otel

Otobüs

Deniz yolu

Diğer

_____ / _____

Referans no.

