



SOMPO JAPAN
SİGORTA

SEYAHAT SAĞLIK SİGORTASI TAZMİNAT TALEP FORMU

* Lütfen, tüm soruları yanıtlayınız. Gerekli durumda ek kağıt kullanabilirsiniz.

* Tüm fatura asılları ve medikal belgeleri forma ekleyiniz.

Police No:

Başlangıç Tarihi:

Bitiş Tarihi:

SİGORTALI BİLGİLERİ

Adı, soyadı:

İş/ev tel no:

Cep tel no:

İkamet adresi (Türkiye):

Faks no:

Pasaport no:

Gidiş tarihi:/...../..... Uçuş no:

Dönüş tarihi:/...../..... Uçuş no:

E-posta:

T.C. kimlik no:

Vergi no:

Doğum tarihi:

Cinsiyet: E K

Çıkış yeri:

Variş yeri:

Çıkış yeri:

Variş yeri:

BANKA BİLGİSİ

* Tazminat talebinizin değerlendirilmesi neticesinde ödenebilecek tazminatın havale edilmesini istediğiniz ve şahsınıza ait banka hesabının detaylarını veriniz.

Hesap sahibi:

Banka adı:

Hesaba ait döviz cinsi: TL USD EURO

SWIFT NO:

Iban numarası:

Şube adı/kodu:

TUR İPTALİ

A - Seyahat Katılım Bilgileri

1. Bu talep bildirisini dolduran/imzalayan tur katılımcısı;

Adı, soyadı:

Doğum tarihi:/...../.....

Sokak/apartman no:

Posta kodu/ikamet yeri:

Telefon (alan kodu ile)(**İŞ**): () () ()

Telefon (alan kodu ile)(**EV**): () () ()

Telefon (alan kodu ile)(**CEP**): () () ()

E-posta adresi:

2. Seyahati iptal olan diğer katılımcılar;

Adı, soyadı:.....
Adı, soyadı:.....
Adı, soyadı:.....
Adı, soyadı:.....

Doğum tarihi:/...../.....
Doğum tarihi:/...../.....
Doğum tarihi:/...../.....
Doğum tarihi:/...../.....

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

B - Sigortalanan adayla ilgili bilgiler

* Lütfen dikkatli ve eksiksiz doldurunuz.

1. Seyahat neden iptal edildi?

Beklenmedik ciddi hastalık:
Hamilelik:
Vize alınamaması/vize reddi:
Ölüm:
Kaza:
Kaza tarihi:/...../..... Kaza yeri:
Diğer (Lütfen belirtiniz):

2. İptale neden olan olay kim sebep oldu?

a) Seyahate katılanlardan biri: Evet Hayır
Adı, soyadı:
b) Seyahate katılmayan bir akraba: Evet Hayır
Adı, soyadı:
Seyahat edenle yakınlık durumu nedir? (Lütfen kanıt ekleyiniz):
3. a) İptale neden olay ne zaman gerçekleşti?:/...../.....
b) Seyahat ne zaman iptal edildi?:/...../.....
c) Eğer seyahat derhal iptal edilmediyse lütfen gecikme sebebini belirtiniz:

Sigorta poliçeleri ne zaman alındı?:/...../.....
Eğer sigorta seyahat rezervasyonu sırasında alınmadıysa lütfen sebebini bildiriniz:

Evraklar

- Sigortalının işpatı (ör. banka transfer dekontu, ödeme belgesi vb.)
- Tur operatörü rezervasyon onayı ve iptal raporu
- Tur sözleşmesi/tur kayıt formu
- Medikal bilgi ve belgeler
- Ölüm sertifikası
- No-show (tur şirketinden alınan cezai bedel faturası)
- Kayıp ya da hasarlı bir eşya belgesi (ör. polis raporu, havayolu raporu vb.)
- Diğer evraklar

Vize alınamaması durumu söz konusu ise,

- Başvuru yapılan konsolosluk:
- Başvurunun yapıldığı tarih:
- Konsolosluktan bir görüşme talebi geldiyse randevu tarihi:
- Vize başvurunuzun sonuçlanma tarihi:
- Vize başvurusunun olumsuz olması/geç cevap verilmesinin nedeni:

* Lütfen konsolosluğa başvururken ve yanıt alınırken verilen tüm belge ve makbuzları bu forma ekleyiniz.
Lütfen talebinize ilişkin olarak aşağıdaki bölümlerden size uygun olanını doldurunuz.

KAZA VE HASTALIK SONUCU TEDAVİ

- Kaza sözkonusu ise; kaza nasıl, ne zaman ve nerede gerçekleşmiştir, lütfen detaylı yazınız:

• Kaza tarihi:/...../..... • Kaza yeri:

- Hastalık sözkonusu ise; belirtilerin ilk olarak ne zaman, nerede oluştuğunu ve doktor tanısını belirtiniz:

• Belirtilerin başlangıç tarihi/yeri:

• İlgili doktorun adı, adresi ve telefonu:

• Bu hastalık sebebiyle daha önce tedavi oldunuz mu: Evet Hayır

• Evetse, doktorun adını, adresini ve telefonunu belirtiniz:

• Aile doktorunuzun adını ve adresini belirtiniz:

Şu anda sağlığını etkileyen hastalık ya da başkaca bir durum var ise açıklayınız :

Şu an almakta olduğunuz tüm ilaçların adını belirtiniz:

Başka sağlık sigortanız varsa belirtiniz:

Tedavi masraflarının detayları

Tedavi Detayları	Hastane (Giriş/Çıkış)	Ücretler	Ödendi/Ödenmedi

BAGAJ KAYBI/HASARI/BAGAJ GECİKMESİ

Bagaj kaybı ve hasarı/bagaj gecikmesi ne zaman, nerede ve nasıl gerçekleşmiştir anlatınız:

Kaybınızın miktarını belirtiniz:

Taşıyıcı firma adı:

Gidiş uçuş no:

Çıkış yeri:

Varış yeri:

Dönüş uçuş no:

Çıkış yeri:

Varış yeri:

Kayıp sırasında taşıyıcı firmaya haber verildi mi?: Evet Hayır

Havayolu referans no:

Programlanan varış tarih/saat:/...../..... :

Bagajın teslim edildiği gerçek tarih/saat:/...../..... :

*Taşıyıcı firmadan alınan tazminat tutarı ve resmi evrakları forma ekleyiniz.

Satın alınan/Kayıp & Hasarlı/Geciken	Alım Tarihi	Alındığı Yer	Ödenen Ücret

Hava yolundan aldığınız tazminat tutarı:



SOMPO JAPAN
SİGORTA

SEYAHAT SİGORTASI TAZMİNAT TALEP FORMU

* Lütfen, tüm soruları yanıtlayınız. Gerekli durumda ek kağıt kullanabilirsiniz.

* Tüm fatura asılları ve medikal belgeleri forma ekleyiniz.

Police No :

Başlangıç Tarihi:

Bitiş Tarihi:

SİGORTALI BİLGİLERİ

Adı, soyadı:

İş/ev tel no:

Cep tel no:

İkamet adresi (Türkiye) :

Faks no:

Pasaport no:

Gidiş tarihi:/...../..... Uçuş no:

Dönüş tarihi:/...../..... Uçuş no:

E-posta:

T.C. kimlik no:

Vergi no:

Doğum tarihi:

Cinsiyet: E K

Çıkış yeri:

Çıkış yeri:

Varış yeri:

Varış yeri:

Gerçekleşen Masrafların Detayları	Masraf Tarihi	Masrafın Yapıldığı Yer	Ödenen Ücret

KAPKAÇ

Kapkaç olayını detaylı olarak anlatınız:

Görgü şahidinin,

Adı, soyadı:

Telefon numarası:

Evraklar:

Polis raporu:

Detaylı beyan:

Çalınan kimliklerin yeniden çıkarılma masraflarına ait dekontlar:

ACENTENİN İFLASI/MESLEKİ SORUMLULUK

: Olayı detaylı olarak anlatınız:

ACİL TIBBİ NAKİL

: Hastalığın tanı/teşhisi ve yapılan tedavi:

: Hastalık belirtileri ilk ne zaman görüldü?:

: Şu anki durumu etkileyen diğer tüm hastalıkları/sakatlıkları belirtiniz:

: Durum hamilelikle mi alakalı?:

Evet

Hayır

: Hastalık önceden var olan bir duruma mı bağlı?:

Evet

Hayır

: Evetse, belirtiniz:

CENAZENİN YURDA NAKLİ

: Ölümün vuku bulduğu yer/tarih:

: Ödemeyi kim yaptı?:

: Ödeme şekli:

: Ödenen tutar:

YETKİ

İş bu poliçe ile teminat altına alınmış olan herhangi bir riziko sebebi ile oluşturulacak hasar dosyası için, sigortacı gerekli gördüğü hallerde, sigortalı/mağdur ile alakalı olarak her türlü tıbbi bilgi ve belgeyi sigortalı/mağdur namına resmi birimlerden talep ve temin edebilir, bu konuda sigortalının ön muvaffakatnamesi, poliçe ve bu beyan formu ile otomatik olarak alınmış sayılmaktadır.

Tarih:

Adınız, soyadınız:

İmza: