



SEYAHAT SİGORTASI TAZMİNAT BEYAN FORMU

Değerli Sigortalımız, lütfen aşağıdaki soruları yanıtlayınız. Yetersiz boşluk olması durumunda ilave bir kağıt ekleyiniz.

PNR/Sertifika/Police No:.....Police Başlangıç Tarihi:.....Police Bitiş Tarihi:.....
Gidiş Tarihi:/...../..... Uçuş No:Çıkış Yeri:.....Varış Yeri:.....
Dönüş Tarihi:/...../..... Uçuş No:Çıkış Yeri:.....Varış Yeri:.....
Ad, Soyad:Ev/İş Tel No:.....Cep Tel No:.....
İkamet Adresi (Türkiye) :.....
.....E-posta :
Doğum tarihi :/...../..... TC Kimlik No :Pasaport No:.....
Size ulaşamadığımızda arayabileceğiniz yakınınızın adını ve telefonunu belirtiniz :

Talebin onaylanması halinde tazminat ödemesinin havale edileceği aktif ve vadesiz banka hesabınızın bilgilerini belirtiniz
Hesap sahibi ismi :Banka Adı :.....Şube adı/kodu:.....
IBAN:TR..... (TR dahil 26 haneli olmalıdır)
Hesaba ait Döviz Cinsi : TL EURO USD

ÇEK EDİLEN BAGAJIN KAYBI/GEÇİKMESİ - EŞYA KAYBI

Kayıp/gecikmenin ne zaman ve nerede gerçekleştiğini anlatınız:.....
.....
Kaybın miktarını belirtiniz: Taşıyıcı firmanın adını belirtiniz:
Bagajın teslim edilmesi gerektiği tarih/saat/yer:/...../..... :.....
Bagajın teslim edildiği tarih/saat/yer:/...../..... :.....
Havayolundan/Tur Şirketinden aldığınız/alacağınız tazminat tutarını belirtiniz:

SEYAHATİN İPTALİ/GEÇİKMESİ/RÖTARİ/KAÇIRILMASI/YARIDA KESİLMESİ

Tazminat talebinize sebep olan olayın ne sebeple, nerede ve ne zaman gerçekleştiğini belirtiniz :
.....
Vize başvurunuz kabul edildi mi : Evet Hayır Evet ise vizenizin geçerli olduğu tarih aralığı:/...../.....--...../...../.....
Seyahatiniz için Havayolu / Tur Şirketine ödediğiniz tutarı belirtiniz:
Havayolu / Tur Şirketinden geri aldığınız/alacağınız ödeme miktarını belirtiniz :

TEDAVİ MASRAFLARI / KAZA SONUCU SÜREKLİ SAKATLIK

Kaza durumunda,olayın nasıl, ne zaman ve nerede gerçekleştiğini belirtiniz:
.....
Hastalık durumunda, şikayetlerin ilk olarak ne zaman, nerede başladığını ve hangi tanıyla tedavi gördüğünüzü belirtiniz:.....
.....
Bu hastalık sebebi ile daha önce tedavi oldunuz mu? Evet Hayır Evet ise hekimin adını ve iletişim bilgilerini belirtiniz:

Seyahat öncesi düzenli olarak kullandığınız ilaçların adını belirtiniz:
.....
Başkaca bir Sigorta Şirketinden Sağlık/Seyahat poliçeniz var ise, Sigorta Şirketlerinin adlarını belirtiniz:
Toplam sağlık masrafı tutarını ve ödeme yapıp yapılmadığını, yapıldı ise kim tarafından ne kadar yapıldığını belirtiniz:.....
.....

KAZA SONUCU YAŞAM KAYBI/CENAZE NAKLİ

Olayın nasıl, ne zaman ve nerede gerçekleştiğini belirtiniz:
Cenaze nakil masraflarının kim tarafından ve ne kadar ödendiğini belirtiniz:

YASAL MASRAFLAR/ KEFALET ÜCRETİ / KAPKAÇ

Olayı anlatınız:
Görgü tanıklarının isim ve iletişim bilgilerini belirtiniz:
Dava açıldı mı? Evet Hayır Avukatınız var ise, isim ve iletişim numaralarını belirtiniz:

- Yukarıdaki bilgilerin doğruluğunu kabul, beyan ve imzama tasdik ederim. Tazminat ödemesinin beyanlarım doğrultusunda yapılacağını, aksine bir durumun varlığı tespit edildiği takdirde, AIG Sigorta A.Ş.'nin kanuni haklarını kullanmakta serbest bulunduğunu itirazsız ve peşinen kabul, beyan ve taahhüt ederim. Tazminatı talep eden kişiye ait her türlü bilgi ve belgenin Sigorta Şirketine verileceğini ayrıca beyan ederim.
- 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 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.

Adınız, Soyadınız:

İmza

Tarih:/...../.....