

SEYAHAT SAĞLIK SİĞORTASI ÖN TALEB FORMU

Adınız Soyadınız	
Doğum Tarihiniz	
Telefon numaranız Cep ve Sabit bir numara belirtiniz.	
E-Posta adresiniz	
Poliçenin Gönderilmesini İsteddiğiniz Adres	
Fatura Adresiniz Lütfen Şirket Ünvanı/Vergi No/ Vergi Dairesi Belirtiniz	
Ödeme Şekli <ul style="list-style-type: none">• Peşin• Havale• Kredi Kartı Ödemeniz için sizin ile irtibata geçilecektir.	
Gidilecek Ülke Ülke ve Şehir olarak belirtiniz.	
Seyahat Gidiş Tarihi Gün/ Ay /Yıl olarak belirtin lütfen	
Seyahat Dönüş Tarihi Gün/ Ay /Yıl olarak belirtin lütfen	
Kişi Sayısı Sağlık sigortası talebinde bulunan kişi sayısını detaylı olarak aşağıda belirtiniz.	

Seyahat Sağlık Sigorta ön talebinde bulunan kişilerin detaylı bilgileri

Adı Soyadı	D.Tarihi	Mesleği	TC Kimlik No	Telefon	Adres
1					
2					
3					
4					

Not: Lütfen yukarıdaki formu eksiksiz doldurun.
Formu doldurduktan sonra bd@tui.com.tr adresine mail ile gönderebilirsiniz.
Detaylı bilgi almak için 212 340 70 00 nolu telefonu arayabilirsiniz.