

Ihr Vermittler / Antrag senden an:
Your Agent / please send to:
Sigorta komisyoncunuz / Başvurunun gönderileceği yer

Aufenthaltort (des Versicherungsnehmers) in Deutschland
Residence (insurant) in Germany
Sigortalının Almanya'da yanında oturacağı kişi hakkında bilgiler

Name, Vorname
Name, Firstname
Soyadı, Adı _____

Straße/Hausnr.
Address
Sokak/Ev. no. _____

PLZ, Wohnort
Postcode, City
Posta kodu, Şehri _____

Telefon
Telephone
Telefon _____

eMail _____

Wer soll versichert sein?

Who will be the insured person?
Sigorta edilmesini istediğiniz kişi/kişiler:

Name / Name / Soyadı

Vorname / Firstname / Adı

Geb.-Datum / Date of birth / Doğum tarihi

Ausweis / Pass-Nr. / Kimlik veya pasaport No.

Heimatland / Home country / Ülkesi

Reisedauer / Period of journey / Seyahat süresi
vom - bis / from - to / başl. - bitiş

1. versicherte Person

Frau Herr
1. person Mr Mrs
1'inci sigortalı Bayan Bay

2. versicherte Person

Frau Herr
2. person Mr Mrs
2'nci sigortalı Bayan Bay

3. versicherte Person

Frau Herr
3. person Mr Mrs
3'üncü sigortalı Bayan Bay

Reisekrankenversicherung / Health insurance / Seyahat Sağlık Sigortası

vom 1. – 180. Tag Tage x 0,95 € Tage x 0,95 € Tage x 0,95 €
vom 181. – 365. Tag Tage x 1,50 € Tage x 1,50 € Tage x 1,50 €

Unfall- und Haftpflichtversicherung / Third-party liability and accident insurance / Mali Sorumluluk ve Kaza Sigortası

(nur in Verbindung mit Reisekrankenversicherung / Only with health insurance / Sadece seyahat sağlık sigortası ile birlikte geçerlidir)

Tage x 0,35 € Tage x 0,35 € Tage x 0,35 €

Einmalbeitrag Mindestversicherungsdauer=10 Reisetage
One-off premium Minimum insurance period = 10 travel days
Bir kez ödenen prim asgari seyahat süresi 10 gündür

€

€

€

Für Personen zwischen dem 60. und 80. Lebensjahr wird ein Beitragszuschlag von 100% **nur in der Auslandsreise-Krankenversicherung** erhoben.
For Person aged 60 and 80 years a surcharge of 100% (**only in the health insurance**) will be raised.
60 ile 80 yaş arası kişilerde **yalnızca Yurtdışı Sağlık Sigortası ile sınırlı olmak üzere** %100 prim zammı talep edilir.

Einzugsermächtigung / Standing order for a direct debit / Hesaptan/Kredi kartından para çekme yetkisi

Hiermit ermächtige ich die Würzburger Versicherungs-AG bis auf Widerruf, die Versicherungsbeiträge zu Lasten meines Kontos/meiner Kreditkarte einzuziehen.
I hereby authorize the Würzburger Versicherungs-AG, until cancellation, to collect the insurance premiums to the debit of my account/credit card.
Würzburger Versicherungs-AG şirketini, sigorta primlerini banka hesabımdan/kredi kartımdan çekmek üzere kabili rücu olarak yetkili kılarım.

Name, Sitz des deutschen Geldinstitutes
Name, Place of german bank
Bankanın adı ve bulunduğu şehir alman

BLZ
Sort code
Şube kodu

Konto-Nr.
Account no.
Hesap No.

Kreditkarte / Credit Card / Kredi kartı American Express VISA EuroCard

Karten-Nr.
Card no.
Kart No.

gültig bis
valid until
Geçerliliğin bitiş tarihi:

Konto-/Karteninhaber (falls nicht Antragsteller)
Owner of account (if not applicant)
Banka hesabı/Kredi kartı sahibi

Unterschrift
Signature
İmza

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte das Merkblatt zur Datenverarbeitung auf der Rückseite. Durch Ihre Unterschrift machen Sie deren Inhalt zum Bestandteil des Vertrages und erklären Ihre Einwilligung nach dem Bundesdatenschutzgesetz.

Before you sign this application, please read the information sheet on data processing overleaf. With your signature the content automatically becomes part of the contract and you declare your consent according to the Federal Data Protection Law.

Bu başvuru formunu imzalamadan önce lütfen bu sayfanın arkasındaki bilgişlem ve tüketici açıklamalarını okuyunuz. Bu formu imzalamakla, anılan açıklamaların sözleşmenin ayrılmaz bir parçası olduğunu ve hakkınızdaki kişisel verilerin kaydedilmesini Federal Veri Koruma Yasası gereğince kabul ettiğinizi beyan etmiş olacaksınız.

Ort / Datum
Place of issue / Date
Yer ve tarih

Unterschrift
Signature
İmza

Versicherer ist die / The insurer is / Sigortacı: Würzburger Versicherung-AG, Berliner Platz 6, 97080 Würzburg, Tel. 09 31/27 95-0, Fax 09 31/27 95-290

Original für Vermittler – Kopie für Antragsteller / Send original to broker – Copy for applicant / Sigorta komisyoncusu için orijinal – Dilekçeyi veren için kopya