

# ANADOLU SİGORTA

## SAĞLIK SİGORTASI TAZMİNAT TALEP FORMU

www.anadolusigorta.com.tr

Bu form, doktor tarafından, hastadan alınan bilgiler, fiziki muayene sonuçları ve poliklinik kayıtlarındaki bilgiler doğrultusunda eksiksiz doldurulacak, fatura ve tetkik ile beraber şirketimize gönderilecektir.

Sigortalının,  
Adı ve soyadı

Doğum tarihi

Cinsiyeti

E

K

Kart/poliçe numarası

Sağlık kuruluşunun unvanı

Başvuru tarihi

1. Sigortalının yakınması

2. Yakınmaların ilk görüldüğü tarih

\_\_\_\_\_ gün, \_\_\_\_\_ ay, \_\_\_\_\_ yıl

3. Fiziki muayene bulguları

4. Bu yakınmalar ve/veya aynı hastalık nedeni ile daha önce uygulanan tetkik ve/veya tedaviler, sonuçları ve tedavinin görüldüğü sağlık merkezi

5. Özgeçmişi (daha önce geçirdiği ameliyatlar, hastalıklar, kullandığı ilaçlar, alışkanlıklar vb.)

6. Soygeçmişi

7. Ön tanı

8. Tanı

9. Tedavi

10. Gerekli görülen tıbbi tetkikler

Sigortalının beyanı

Yukarıda verdiğim bilgileri eksiksiz ve doğrudur. Sigorta şirketinin bu rahatsızlığıma ilişkin ek bilgi isteme hakkı vardır.

Sigortalının adı :

Tarih : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

İmza :

Doktorun

Yukarıda verdiğim bilgileri eksiksiz ve doğrudur. Sigorta şirketinin bu rahatsızlığıma ilişkin ek bilgi isteme hakkı vardır.

Adı ve soyadı :

Branşı :

İmza ve kaşesi :