

SAĞLIK SİGORTASI TAZMİNAT TALEP FORMU

Bu form, doktor tarafından, hastadan alınan bilgiler, fiziki muayene sonuçları ve poliklinik kayıtlarındaki bilgiler doğrultusunda eksiksiz doldurularak, fatura ve tetkik sonuçları 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** / / **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, alışkanlıkları vb.)****6. Soygeçmişi****7. Ön tanı****8. Tanı****9. Tedavi****10. Gerekli görülen tıbbi tetkikler****Sigortalının beyanı**

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

Sigortalı adı : Tarih : / / İmza : **Doktorun**Adı ve soyadı : Branşı : İmza ve kaşesi :