

## Tazminat Talep Formu

Sigortalı Adı-Soyadı: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_

Police No: \_\_\_\_\_

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

Kart No: \_\_\_\_\_

Provizyon No: \_\_\_\_\_

Hastanın şikayeti / Öyküsü: \_\_\_\_\_

İlk belirtiler / Şikayet başlangıç tarihi: \_\_\_\_\_

Daha önce aynı hastalık için tetkik, tedavi yapıldı mı? Açıklayınız: \_\_\_\_\_

Muayene bulguları: \_\_\_\_\_

Özgeçmiş: \_\_\_\_\_

Tanı: \_\_\_\_\_ ICD-10: \_\_\_\_\_

Önerilen tedavi veya işlem: \_\_\_\_\_

Hekim Adı-Soyadı / Uzmanlık Dalı: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_

İmza ve Kaşe: \_\_\_\_\_

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

Sigortalının Dikkatine!

Sağlık sigortası poliçemin şart ve limitleri gereği ilişik belgelerle belirtilen masraflarımın tazminatı olarak yanda belirtilen ödeme tutarının tamamını aldığımı ve/veya ilişik belgelerde belirtilen masrafların Aksigorta A.Ş. tarafından anlaşmalı sağlık kuruluşuna ödendiğini, Aksigorta A.Ş.'nin bu konuda taahhüdünü ibra ettiğimi beyan ederim.

Sağlık Sigortaları Genel Şartları ve poliçe özel şartları gereğince, ödenmemesi gereken bir tazminatın varlığı ortaya çıktığında, bu bedeli Aksigorta A.Ş.'ye herhangi bir ihtara gerek kalmadan nakden ve defaten geri ödeyeceğimi şimdiden beyan, kabul ve taahhüt ederim.

Sigortalı İmza: \_\_\_\_\_

FR.HF.05.01

Revize No: 2

Revize Tarihi: 04.10.2006

Basım Tarihi: 01.11.2006