

## TAZMİNAT TALEP FORMU

SİGORTALI ADI SOYADI :

TARİH :

DOĞUM TARİHİ :

PROVİZYON NO :

TC KİMLİK NO:

TEL :

Hastanın Şikayeti / Öyküsü : \_\_\_\_\_

İlk Belirtiler / Şikayet Başlangıç Tarihi : \_\_\_\_\_

Daha Önce Aynı Hastalık İçin Tetkik, Tedavi Yapıldı mı? Açıklayınız : \_\_\_\_\_

Muayene Bulguları : \_\_\_\_\_

Özgeçmiş : \_\_\_\_\_

Tanı : \_\_\_\_\_ ICD -10 : \_\_\_\_\_

Önerilen Tedavi Veya İşlem : \_\_\_\_\_

HEKİM ADI-SOYADI :

UZMANLIK DALI :

TEL :

İMZA / KAŞE :

TARİH:

**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 eylediğimi 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 nakten ve defaten geri ödeyeceğimi şimdiden beyan, kabul ve taahhüt ederim.

SİGORTALI İMZA :