

GÜNEŞ SİGORTA

SAĞLIK GİDERİ TESLİM TALEP FORMU

Değerli Sigortalımız,

Sizlere daha iyi hizmet verebilmemiz için, bu formu anlaşmalı kurumlar dışında yaptığınız sağlık giderleriniz ile birlikte şirketimize ulaştırılmasında kullanmanızı rica ederiz.

Sigortalının Adı Soyadı:

Ürün/ Plan:

T.C. Kimlik Numarası:

Partaj:

Doğum Tarihi:

Police Numarası:

Police Başlangıç Tarihi:

Müşteri Numarası:

Sicil :

TAZMİNAT ÖDEMELERİ İÇİN İÇİN BANKA HESAP BİLGİLERİ (Sigortalı / Sigorta Ettiren'e ait olması zorunludur.)

Iban Numarası:

Hesap Sahibinin Adı Soyadı:

Sayın HEKİM,

Sigortalının işlemlerinin hızlı ve etkin biçimde yürütülmesi için bu formu tam olarak doldurmanızı rica ederiz.

HEKİM TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR	Şikayet:

	Şikayetin Süresi: (Gün, Ay,veya Yıl olarak süre ifadeleriyle belirtiniz.)

	Hastalığın Öyküsü:

Tıbbi Özgeçmiş:	
.....	
Ön Tanı / Tanı:	
.....	
İstenen Tetkikler / Planlanan Tedavi:	
.....	

SİGORTALI TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR	Fatura Tarihi	Fatura Numarası	Fatura Tutarı	Sağlık Kurumu / Hekim Adı/ Yapılan İşlem

Toplam

Tüm fatura ve kasa fişlerinin asılları, reçete ve ilaç küpürlerinin asılları, tahlil, röntgen, ultrason, BT, MR, biopsi gibi tetkiklerin doktor istemi ve sonuç raporlarını (fotokopi olabilir), yatış ve ameliyat giderlerinin, dökümlü fatura ve fatura aslı yanı sıra ameliyat raporu, epikriz ve patoloji sonucu gibi raporları bu form ekinde siz ve / veya müşteri temsilciniz kanalı ile şirketimize iletiniz.

Bu form ile birlikte ilettiğim sağlık giderleri doğrultusunda, Güneş Sigorta'nın gerek gördüğü durumlarda hakkımda tıbbi bilgi almasına muvaffakat verdiğimi kabul ve beyan ederim.

TARİH:

__/__/20__

SİGORTALI İMZASI

(Reşit olmayan çocuklar için ebeveyn ve / veya kanuni temsilcisi)

FR.291

BU FORM GEREKTİĞİNDE FOTOKOPİ İLE ÇOĞALTILARAK KULLANILABİLİR.