

TAZMİNAT TALEP FORMU



TAZMİNAT TALEP FORMU



MAPFRE | GENEL SİGORTA

Hayatı kesintisiz yaşayın

ÖZEL SAĞLIK SİGORTASI HASTA BİLGİ FORMU

Bu form hastadan alınan bilgiler, fiziki muayene bulguları, tetkik sonuçları ve poliklinik kayıtlarındaki bilgiler doğrultusunda eksiksiz ve tam olarak doldurulmalıdır.

Sigorta Şirketi:		Provizyon No:		
Provizyon / İrtibat Numaraları	Telefon:	[.....]	Faks:	[.....] -

Sağlık Kurumu Tarafından Doldurulacak Bölüm	Sağlık Kuruluşu Adı	Kurum Kodu	Telefon No	Faks No
	Sigortalının Adı Soyadı:			
	Doğum Tarihi:/...../.....	Cinsiyet:	<input type="checkbox"/> Bay <input type="checkbox"/> Bayan
	Police No:		Kart / Müşteri No:	
	T.C. Kimlik No:		İrtibat Tlf (Ev / GSM):	
	Adres:			
	E-Posta Adresi:@.....		
	Başvuru Tarihi:/...../.....	Planlanan Yatış / Çıkış Tarihi:/...../..... -

Ayakta tedaviler için talep edilen ücret bilgileri			
Doktor:		İlaç:	
Röntgen:		Sarf Malzeme:	
Laboratuvar:		Diğer (Açıklayınız):	
		Toplam:	

Muayene Eden Hekim Tarafından Doldurulacak Bölüm	Hastanın Şikayeti / Öyküsü:	
	Şikayetin Başlangıç Tarihi:	(Hamile İse SAT): / /
	Daha önce aynı şikayet / hastalık nedeni ile doktor başvurusu, tetkik ve tedavi uygulandı mı? (Başvurulan sağlık kurumu / doktorun adı):	
	Özgeçmiş / Kullandığı İlaçlar:	
	Fizik Muayene Bulguları:	
	Tetkikler / Sonuçları:	<input type="checkbox"/> Poliklinik <input type="checkbox"/> Cerrahi Yatış <input type="checkbox"/> Acil
	Ön Tanı / Tanı:	<input type="checkbox"/> Adli Vaka <input type="checkbox"/> Dahili Yatış <input type="checkbox"/> Gebelik
Planlanan Tedavi / İşlem:	ICD 10:	

Doktor Adı-Soyadı:		<input type="checkbox"/> Anlaşmalı <input type="checkbox"/> Anlaşmasız (*)	Operatör:	
Uzmanlık Dalı:			Anestezi:	
İrtibat Telefonu:			Asistan:	
İmza / Kaşe:			* Doktor ve / veya ekibi anlaşmasız ise sigortalının tedavisi için talep edilecek ücreti yukarıda belirtecektir.	

Anlaşmalı sağlık kuruluşlarında yapılan her türlü tedavi / işlem anlaşması bulunmayan / Anlaşmalı Sağlık Kurumu ile Sigorta Şirketi arasındaki fiyat protokolüne göre hizmet vermeyi kabul etmeyen kadrosuz bir hekim ve / veya ekibi tarafından gerçekleştirildiğinde ilgili hekim ve / veya ekibine ödenecek tutar police özel ve genel şartları dahilinde değerlendirileceği için sigorta şirketi ile irtibata geçilmesi gerekmektedir.

Sigortalı / Kanuni Temsilcisinin Beyanı			
Yukarıda verilen bilgilerin eksiksiz ve doğru olduğunu, sigorta şirketinin kendim ve bağımlılarım hakkında bu / diğer rahatsızlıklara ilişkin tüm bilgi / belgeleri, tüm sağlık kuruluşlarından isteme hakkı olduğunu beyan / kabul ederim.			
Sigortalı / Kanuni Temsilcisinin Adı Soyadı:			
Tarih:		İmza:	



www.mapfregenelsigorta.com