

KOLAY AMELİYAT SİGORTASI
TAZMİNAT TALEP FORMU

AKSigorta

SİGORTALI BİLGİLERİ			
Adı Soyadı		İletişim Adresi Ev ☐ İş ☐	
Doğum Tarihi		İş Tel: (0)	
Cinsiyet	☐ Erkek ☐ Kadın	Ev Tel: (0)	
Police No		GSM: (0)	
T.C. Kimlik No		E-posta	@
TAZMİNAT DEĞERLENDİRMESİ İÇİN GEREKLİ BİLGİ VE BELGELER			
Tazminat Talebine Konu Olan Ameliyat			
Koroner by pass ameliyatı, ☐ Beyin anevrizması ameliyatı (Beyin damarında baloncuk) ☐ Kalp, karaciğer ve böbrek yetmezliği sonucu oluşacak organ nakil ameliyatları ☐ Safra kesesi ameliyatı, ☐ Boyun fıtığı ameliyatı ☐ Çapraz bağ ameliyatı, ☐ Miyom ameliyatı, ☐ Apandisit ameliyatı, ☐ Bağırsak düğümlemesi ameliyatı, ☐ Kaza sonucu oluşan ameliyatlarda ☐			
Tazminat Talebine Konu Olan Ameliyata İlişkin Bilgiler			
Hastanın Şikâyeti / Öyküsü			
Şikâyetin Başlangıç Tarihi			
Daha önce aynı şikâyet/hastalık nedeni ile doktor başvurusu, tetkik ve tedavi uygulandı mı? (Başvurulan sağlık kurumu/doktorun adı)			
Ameliyatın Gerçekleştiği Sağlık Kuruluşu Adı/Bulunduğu İl			
Ameliyatın Gerçekleştiği Sağlık Kuruluşu İrtibat Bilgisi (Telefon No/Faks No)			
Tazminat Değerlendirmesi İçin Gerekli Belgeler (*):			
1-Hasar talebi esnasında sigortalı tarafından doldurulacak Tazminat Talep Formu 2-Ayrıntılı ameliyat raporu, 3-Çıkış Epikrizi, 4-Müşahade dosyası / Acil servis raporu, 5-Ameliyat kararı vermeyi gerektiren ve tanıya özgü tüm tetkik sonuçları, (Teminat kapsamında olmasına rağmen, tetkik sonucu olmaksızın sadece muayene bulguları sonucu gerçekleşen ameliyatlarda ilgili tazminat talepleri işleme alınmayacaktır.) 6-Trafik kazalarında yetkili resmi makamlardan alınan Trafik Kazası Tespit Tutanağı ve alkol raporu 7-Sigorta Şirketinin gerekli gördüğü hallerde; sigortalıya ya da bağlı bulunduğu Sosyal Güvenlik Kurumu'na düzenlenen fatura fotokopisi 8-Vefat halinde tazminat var ise ödenmesi için Veraset ve Vergiye ilişkin evraklar; Veraset ilanı, Vekaletname,T.C. Kimlik Belgesi (*) Sigortalı/Sigorta Ettirenin; tazminat talep formunu eksiksiz doldurması ve yukarıda belirtilen belgeler ile Şirket genel merkezine yazılı olarak müracaat ederek tazminat talebini iletmesi gerekmektedir.			
SİGORTALI / SİGORTA ETTİREN HESAP BİLGİSİ			
Banka Adı:	Şube Adı:	IBAN:	

Sigortalı / Sigorta Ettiren / Kanuni Temsilcisinin Beyanı

Yukarıda verilen bilgilerin eksiksiz ve doğru olduğunu, iş bu tazminat talep formuna konu talebime ilişkin olarak sigortacı, acentesi, temsilcisi ve diğer yardımcı şahısları tarafından talep edilecek tüm bilgi ve belgeleri sağlama konusunda, kendilerine başvurulana tüm hastane, doktor, işveren veya diğer gerçek veya kamu özel tüzel kişileri açıkça ve gayrikabili rücu olarak yetkilendirdiğimi kabul ve beyan ederim.

Sigortalı/Sigorta Ettiren/Kanuni Temsilcinin

Adı Soyadı:

Tarih:

İmza:

Adres: Meclis-i Mebusan Cad. No: 67
34427 Fındıklı / İSTANBUL
Tel: (212) 393 43 00 (pbx)
Faks: (212) 334 39 00
www.aksigorta.com.tr

FR. HF.05.06
Rev.No:00
Rev.Tarihi: 15.03.2012

Hizmet Merkezi
444 27 27