



TAZMINAT TALEP FORMU

BÖLÜM 1: BU BÖLÜM SİGORTALI TARAFINDAN DOLDURULACAK VE İMZALANACAKTIR.

SİGORTALI KİMLİK ve POLİÇE BİLGİLERİ	BELGELERİN DÖKÜMÜ	FATURA TUTARI
ADI SOYADI	1.....	
DOĞUM TARİHİ	2.....	
T.C. KİMLİK NO	3.....	
CİNSİYETİ	4.....	
KART NO	5.....	
GRUP ADI	6.....	

Sağlık sigortası poliçemin şart ve limitleri gereği ekteki belgelerle belirtmiş olduğum sağlık harcamalarımın tazminatı olarak üstte belirtilen toplam-TL'yi **DEMİR SAĞLIK VE HAYAT SİGORTA A.Ş.**'nin bu konuda taahhüdünü ibra ettiğimi, sağlık bilgilerimi tüm kişi ve kuruluşlardan almaya yetkili kıldığımı kabul ve beyan ederim.

SİGORTALININ / SİGORTA ETTİRENİN:

ADI SOYADI TARİH : / / 20.....
TELEFONU : ...0 (.....)..... İMZA



TAZMINAT TALEP FORMU

BÖLÜM 1: BU BÖLÜM SİGORTALI TARAFINDAN DOLDURULACAK VE İMZALANACAKTIR.

SİGORTALI KİMLİK ve POLİÇE BİLGİLERİ	BELGELERİN DÖKÜMÜ	FATURA TUTARI
ADI SOYADI	1.....	
DOĞUM TARİHİ	2.....	
T.C. KİMLİK NO	3.....	
CİNSİYETİ	4.....	
KART NO	5.....	
GRUP ADI	6.....	

Sağlık sigortası poliçemin şart ve limitleri gereği ekteki belgelerle belirtmiş olduğum sağlık harcamalarımın tazminatı olarak üstte belirtilen toplam-TL'yi **DEMİR SAĞLIK VE HAYAT SİGORTA A.Ş.**'nin bu konuda taahhüdünü ibra ettiğimi, sağlık bilgilerimi tüm kişi ve kuruluşlardan almaya yetkili kıldığımı kabul ve beyan ederim.

SİGORTALININ / SİGORTA ETTİRENİN:

ADI SOYADI TARİH : / / 20.....
TELEFONU : ...0 (.....)..... İMZA



TAZMINAT TALEP FORMU

BÖLÜM 1: BU BÖLÜM SİGORTALI TARAFINDAN DOLDURULACAK VE İMZALANACAKTIR.

SİGORTALI KİMLİK ve POLİÇE BİLGİLERİ	BELGELERİN DÖKÜMÜ	FATURA TUTARI
ADI SOYADI	1.....	
DOĞUM TARİHİ	2.....	
T.C. KİMLİK NO	3.....	
CİNSİYETİ	4.....	
KART NO	5.....	
GRUP ADI	6.....	

Sağlık sigortası poliçemin şart ve limitleri gereği ekteki belgelerle belirtmiş olduğum sağlık harcamalarımın tazminatı olarak üstte belirtilen toplam-TL'yi **DEMİR SAĞLIK VE HAYAT SİGORTA A.Ş.**'nin bu konuda taahhüdünü ibra ettiğimi, sağlık bilgilerimi tüm kişi ve kuruluşlardan almaya yetkili kıldığımı kabul ve beyan ederim.

SİGORTALININ / SİGORTA ETTİRENİN:

ADI SOYADI TARİH : / / 20.....
TELEFONU : ...0 (.....)..... İMZA



TAZMİNAT TALEP FORMU

BÖLÜM 2: BU BÖLÜM DOKTOR TARAFINDAN DOLDURULACAK VE İMZALANACAKTIR.

HASTANIN ŞİKAYETİ / ÖYKÜSÜ.....
YAKINMALARIN İLK GÖRÜLDÜĞÜ TARİH// 20.....
FİZİK MUAYENE BULGULARI.....
BU ŞİKAYETLER NEDENİ İLE DAHA ÖNCE UYGULANAN TETKİK VE/VEYA TEDAVİLER, SONUÇLARI, TEDAVİNİN GÖRÜLDÜĞÜ SAĞLIK MERKEZİ VE DOKTOR ADINI BELİRTİNİZ
.....
VİTAL BULGULAR TA: NABİZ: ATEŞ: DSS:
HASTANIN ÖZGEÇMİŞİ
ÖN TANI VE/VEYA TANILAR
İSTENEN TETKİKLER
PALANLANAN TEDAVİ
DOKTORUN: İMZA VE KAŞE:
ADI SOYADI :..... TARİH :.....// 20.....
BRANŞI :.....



TAZMİNAT TALEP FORMU

BÖLÜM 2: BU BÖLÜM DOKTOR TARAFINDAN DOLDURULACAK VE İMZALANACAKTIR.

HASTANIN ŞİKAYETİ / ÖYKÜSÜ.....
YAKINMALARIN İLK GÖRÜLDÜĞÜ TARİH// 20.....
FİZİK MUAYENE BULGULARI.....
BU ŞİKAYETLER NEDENİ İLE DAHA ÖNCE UYGULANAN TETKİK VE/VEYA TEDAVİLER, SONUÇLARI, TEDAVİNİN GÖRÜLDÜĞÜ SAĞLIK MERKEZİ VE DOKTOR ADINI BELİRTİNİZ
.....
VİTAL BULGULAR TA: NABİZ: ATEŞ: DSS:
HASTANIN ÖZGEÇMİŞİ
ÖN TANI VE/VEYA TANILAR
İSTENEN TETKİKLER
PALANLANAN TEDAVİ
DOKTORUN: İMZA VE KAŞE:
ADI SOYADI :..... TARİH :.....// 20.....
BRANŞI :.....



TAZMİNAT TALEP FORMU

BÖLÜM 2: BU BÖLÜM DOKTOR TARAFINDAN DOLDURULACAK VE İMZALANACAKTIR.

HASTANIN ŞİKAYETİ / ÖYKÜSÜ.....
YAKINMALARIN İLK GÖRÜLDÜĞÜ TARİH// 20.....
FİZİK MUAYENE BULGULARI.....
BU ŞİKAYETLER NEDENİ İLE DAHA ÖNCE UYGULANAN TETKİK VE/VEYA TEDAVİLER, SONUÇLARI, TEDAVİNİN GÖRÜLDÜĞÜ SAĞLIK MERKEZİ VE DOKTOR ADINI BELİRTİNİZ
.....
VİTAL BULGULAR TA: NABİZ: ATEŞ: DSS:
HASTANIN ÖZGEÇMİŞİ
ÖN TANI VE/VEYA TANILAR
İSTENEN TETKİKLER
PALANLANAN TEDAVİ
DOKTORUN: İMZA VE KAŞE:
ADI SOYADI :..... TARİH :.....// 20.....
BRANŞI :.....