

SAĞLIK SİGORTASI
TEDAVİ MASRAFLARI TALEP FORMU

Kurum Adı :

Tedavi Gören Sigortalının

Adı Soyadı : _____ Kimlik No : _____

Doğum Tarihi : _____ Sigortalı Kart No : _____

Önemli Hatırlatmalar

Bu formun fotokopi ile çoğaltılarak kullanılması mümkündür.

Talebinizin en kısa sürede değerlendirilmesi için bu formun eksiksiz olarak doldurulması ekine ilgili makbuz/fatura asıllarına ilave olarak belirtilen belgelerin de (reçete, ilaç kütürü, tetkik istemi ve sonuçları,epikriz v.b.) eklenmesi gerekmektedir.

Eksik belge,teminat dışı harcamalar v.b. durumlarda belgeler tarafınıza iade edilecektir.

Sağlık gideri ödemeleri sistemimizde kayıtlı hesaba gönderilecektir. Hesap numarasında değişiklik olması durumunda lütfen aşağıdaki bölümü doldurunuz.

Hesap Sahibinin Adı Soyadı :	_____
Banka Adı :	_____
Şube Kodu/Adı :	_____
Iban / Uban / Hesap No :	_____

Sağlık Giderlerine Ait Bilgiler

	Fatura/Fiş Tarihi	Fatura/Fiş Numarası	Fatura/Fiş Tutarı	Sağlık Gideri Türü
1.	_____	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____	_____
6.	_____	_____	_____	_____
7.	_____	_____	_____	_____
8.	_____	_____	_____	_____
9.	_____	_____	_____	_____
10.	_____	_____	_____	_____

Toplam: _____

İşbu formla talep edilen sağlık giderleriyle ilgili, gerekli gördüğü takdirde Near East Hayat Ltd. kurum ve hekim nezdinde her türlü bilgi ve belgeyi almasına muvafakat ettiğimi; sağlık giderlerinin poliçe özel ve genel şartlar çerçevesinde ödenmesini takiben Near East Hayat Ltd'in bu konudaki taahhütünden gayri kabili rücu ibra ettiğimi; sağlık giderini tazmin etmekle sorumlu olan 3. Şahıslara karşı ödeme ile doğmuş olan rücu hakkımı Near East Hayat Ltd'e devrettiğimi kabul, beyan ve ikrar ederim.

Tarih:

Sigortalı Adı Soyadı:

İmza: