

**TAZMİNAT 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 poliçemim şart ve limitleri gereği ekteki belgelerle belirtmiş olduğum sağlık harcamalarımın tazminatı olarak üstte belirtilen toplamTL'yi **DEMİR 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.....
YAKINLARIN 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:

ADI SOYADI : İMZA VE KAŞE:
BRANŞI : TARİH : / / 20.....