

\*Lütfen Başvuru Formu üzerinde yer alan tüm alanların büyük harfle ve okunaklı olarak doldurulduğundan emin olunuz. Başvuru Formu üzerinde değişiklik veya düzeltmeler yapılmak zorunda kaldığında yapılan işlemin yanına sigorta ettirenin imzasını alınız.

Lütfen bu formdaki soruları eksiksiz ve tam olarak cevaplandırınız.

T.C Kimlik No

Adınız Soyadınız

Adres Bilgileriniz

Doğum Tarihiniz

□□ □□ □□ □□ □□

Doğum Yeriniz

**Ödemenin Yapılması durumunda banka bilgileri.**

Hesap Adı / Soyadı:

IBAN NO

**1- Lütfen bu cerrahi girişim nedeni ile tazminat talep edebileceğiniz başka sağlık / hastalık / tehlikeli hastalık poliçeniz varsa, detayları ile belirtiniz.**

Belirtiniz:

**2- Lütfen, size uygulanan cerrahi girişim hakkında bilgi veriniz.**

Belirtiniz:

**3- Cerrahi girişiminiz hangi hastanede ve ne zaman uygulandı?**

Belirtiniz:

**4- Ameliyat olmanıza sebep olan rahatsızlığınızın ilk belirtileri ne zaman fark edildi?**

Belirtiniz:

**5- Aynı veya benzer belirtiler daha evvelce de var mıydı? Tarihleri ile beraber detaylı bilgi veriniz.**

Belirtiniz:

SIGORTALI ADAYIN

**Sigortalı / Adı Soyadı**

Ad, Soyad / İmza / Tarih

**Sigorta Ettiren**

Ad, Soyad / İmza / Tarih

**6-** Bu rahatsızlığınız başladığında ilk başvurduğunuz hekimin adı ve adresini belirtiniz.

Belirtiniz:

**7-** Belirttiğiniz hekime ilk kez ne zaman muayene oldunuz?

Belirtiniz:

**8-** Eğer şu anda yukarıda belirttiğiniz hekimden başka sizi takip eden bir hekim var ise, lütfen adı ve adresini belirtiniz.

Belirtiniz:

**9-** Yakın akrabalarınızdan birisinde de benzer bir hastalık, rahatsızlık var mı, evvelce oldu mu? Lütfen yakınlık derecesini belirterek detay veriniz.

Belirtiniz:

SİGORTALI ADAYININ

Sigorta kapsamına girecek veya giren kişiler, ilgili belgeleri imzalamakla, risk değerlendirmesi yapılabilmesi ve tazminat başvurularının sonuçlandırılabilmesi amacıyla sağlık bilgilerinin, sigortalılık kayıtlarının ve diğer bilgilerin Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezinden (SBGM), Sosyal Güvenlik Kurumundan, Sağlık Bakanlığından, sağlık kurum ve kuruluşlarından ve sigorta şirketlerinden edinilmesine ve şirket nezdindeki bahse konu bilgi ve kayıtların SBGM, sigorta şirketleri ve ilgili mevzuatta yetkilendirilen merciler ile paylaşılmasına rıza göstermiş sayılır.

Bu formun doldurulması ve tazminat talebimle ilgili araştırma yapılmış olması nedeniyle, Demir Sağlık ve Hayat Sigorta A.Ş.'nin tazminat talebini kabul etmiş sayılmayacağının bilincindeyim.

**Sigortalı / Adı Soyadı**

Ad, Soyad / İmza / Tarih

**Sigorta Ettiren**

Ad, Soyad / İmza / Tarih