

Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Tedavi Masrafları Talep Formu

Bu formla verdiğim tüm bilgi, belgelerin tam ve doğru olduğunu, gönderdiğim tedavi masraflarının Zurich Yaşam ve Emeklilik A.Ş. tarafından poliçenin şart ve limitlerine göre ödeneceğini bildiğimi beyan ederim. Gönderdiğim tedavi masraflarının ödenmesini takiben 15 gün içerisinde tarafımdan yazılı bir itiraz yapılmaması halinde Zurich Yaşam ve Emeklilik A.Ş.'nin bu konudaki taahhütünden ibra eylediğimi kabul ederim. Sigortacının risk ve tazminat değerlendirmesi yapabilmesini teminen; tamamlayıcı sağlık sigor-tası sözleşmesinin kapsamını (yeniden sözleşme yapılması, risk ve tazminat değerlendirmesi, tazminat ödemesi v.b.) ilgilendiren bütün konularda ve tüm sigortalılar için, sigortalıyı tedavi eden kişi ve kurum-lardan, Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi'nden, Sosyal Güvenlik Kurumundan ve Sağlık Bakanlığı'ndan sigorta şirket(ler)i ve/veya Reasürans şirket(ler)i ve bununla sınırlı olmamak üzere diğer ilgililer ile Sigorta Ettiren ve Sigorta Ettiren tarafından Sigortacı'ya bildirilen kişi/ ya da kişiler, sigorta sözleşmesine aracılık eden acente/broker personeli ve Sigorta Ettiren'in İnsan Kaynakları Departmanında görevli veya Sigorta Ettiren'in sigortacılık işlemlerini yürütmekle görevli departmanda çalışan personel ile doğrudan doğruya ya da dolaylı olarak, her türlü bilgi ve belge alışverişi yapabilmesine, kişiye özel bilgilerin öğre-nilmesine(yanlış sigorta uygulamaları dahil) ve/veya paylaşabilmesine, ayrıca Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi'nin bu şekilde Sigorta Sözleşmeleri ve sözleşme süresi içerisinde şahsım için toplayacağı her türlü bilgi ve belgenin paylaşılmasına, şahsım ve bağımlılarımın bilgilerinin elektronik ortam üzerinde birbirlerince görüntülenebilmesine, muvafakat ettiğimi ve tüm bu hususlarda bilgi ve belge temin edebilmesi bakımından Sigortacı'ya yetki verdiğimi, kabul ve beyan ederim.

Sigortalı Adayı

T.C. Kimlik No.

Adı Soyadı

Banka Hesap Sahibi Adı-Soyadı

(Tazminat Talep Sahibi veya Kanuni Temsilcisi)

Banka Adı

Şube Adı:

IBAN/Hesap No.

Cep Telefonu

0

Gönderilen Fatura (Tedavi) Açıklaması

Fatura No:

Fatura Tarihi:

Fatura Tutarı:

Tazminatı Talep Eden Sigortalının

Adı Soyadı

İmzası

*El yazısıyla doldurulması gerekir. Tazminat talep eden 18 yaşından küçük ise kanuni temsilcisi doldurabilir.

Hızlı bir hizmet alabilmeniz için, bu formdaki tüm alanları doldurunuz, belgelerin asıllarını ekleyiniz.

Faturaların asıllarına ek olarak; yatış / ameliyat, epikriz, anamnez, patoloji raporu. Genel Sağlık Sigortası kapsamında yapılan tazminat ödemesine ait; SGK tarafından onaylanan tutarı gösteren belge ve ayrıntılı işlem dökümü (örnek: E-Devlet - Tedavi Bilgileri Sorgulama dökümü).

Evde Bakım Teminatı için; hastanede sigortalının tedavisini üstlenen doktorun gereklilik raporu ve evde tedavi şeması, ve yapılan tedavi ve bakımlara ait kişi adına düzenlenmiş dökümlü fatura ve günlük izleme raporu.

Formu doldurduktan sonra yukarıda belirtilen belgeler ile birlikte aşağıdaki adrese posta yolu ile göndermenizi rica ederiz.

Zurich Yaşam ve Emeklilik A.Ş.

Adres: Orjin Maslak İş Merkezi, Eski Büyükdere Cad. No: 27 Kat: 12-13 34485 Sarıyer / İstanbul

Telefon : 0 212 393 16 00

Fax : 0 212 292 87 61

Zurich Yaşam ve Emeklilik A.Ş. Genel Müdürlük Orjin Maslak İş Merkezi, Eski Büyükdere Cad. No: 27
Kat: 12-13 34485 Sarıyer / İstanbul T: 0 212 393 16 00 (pbx) F: 0 212 292 87 61 E: infoyasam@zurich.com
W: www.zurichyasam.com.tr Müşteri İletişim Merkezi: 0850 250 75 00