

ANADOLU SİGORTA

SAĞLIK SİGORTASI TAZMİNAT TALEP FORMU

www.anadolusigorta.com.tr

Bu form, doktor tarafından, hastadan alınan bilgiler, fiziki muayene sonuçları ve poliklinik kayıtlarındaki bilgiler doğrultusunda eksiksiz doldurularak, fatura ve tetkik sonuçları ile beraber şirketimize gönderilecektir.

Sigortalının,

Adı ve soyadı

Doğum tarihi

____ / ____ / ____

Cinsiyeti

E

K

Kart/poliçe numarası

Sağlık kuruluşunun unvanı

Başvuru tarihi

1. Sigortalının yakınması

2. Yakınmaların ilk görüldüğü tarih

____ gün, ____ ay, ____ yıl

3. Fiziki muayene bulguları

4. Bu yakınmalar ve/veya aynı hastalık nedeni ile daha önce uygulanan tetkik ve/veya tedaviler, sonuçları ve tedavinin görüldüğü sağlık merkezi

5. Özgeçmişi (daha önce geçirdiği ameliyatlar, hastalıklar, kullandığı ilaçlar, alışkanlıkları vb.)

6. Soygeçmişi

7. Ön tanı

8. Tanı

9. Tedavi

10. Gerekli görülen tıbbi tetkikler

Sigortalının beyanı

Yukarıda verdiğim bilgiler eksiksiz ve doğrudur. Sigorta şirketinin bu rahatsızlığıma ilişkin ek bilgi isteme hakkı vardır.

Sigortalı adı : _____

Tarih : ____ / ____ / ____

İmza : _____

Doktorun

Adı ve soyadı : _____

Branşı : _____

İmza ve kaşesi : _____