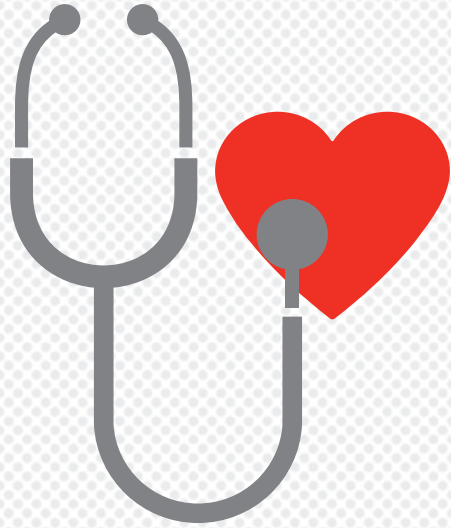


TAZMİNAT TALEP FORMU



 **MAPFRE** Sigorta

ÖZEL SAĞLIK SİGORTASI HASTA BİLGİ FORMU

Bu form hastadan alınan bilgiler, fiziki muayene bulguları, tetkik sonuçları ve poliklinik kayıtlarındaki bilgiler doğrultusunda eksiksiz ve tam olarak doldurulmalıdır.

Sigorta Şirketi:		Provizyon No:	
Provizyon / İrtibat Numaraları	Telefon: (.....)	Faks:	(.....) -

Sağlık Kurumu Tarafından Doldurulacak Bölüm	Sağlık Kuruluşu Adı	Kurum Kodu	Telefon No	Faks No
	Sigortalının Adı Soyadı:			
	Doğum Tarihi:/...../.....	Cinsiyet:	<input type="checkbox"/> Bay	<input type="checkbox"/> Bayan
	Police No:	Kart / Müşteri No:		
	T.C. Kimlik No:	İrtibat Tlf (Ev / GSM):		
	Adres:			
	E-Posta Adresi:@.....		
	Başvuru Tarihi:/...../.....	Planlanan Yatış / Çıkış Tarihi:/...../..... -/...../.....	

Ayakta tedaviler için talep edilen ücret bilgileri

Doktor:		İlaç:	
Röntgen:		Sarf Malzeme:	
Laboratuvar:		Diğer (Açıklayınız):	
		Toplam:	

Muayene Eden Hekim Tarafından Doldurulacak Bölüm	Hastanın Şikayeti / Öyküsü:			
	Şikayetin Başlangıç Tarihi:	(Hamile İse SAT): /..... /.....		
	Daha önce aynı şikayet / hastalık nedeni ile doktor başvurusu, tetkik ve tedavi uygulandı mı? (Başvurulan sağlık kurumu / doktorun adı):			
	Özgeçmiş / Kullandığı İlaçlar:			
	Fizik Muayene Bulguları:			
	Tetkikler / Sonuçları:	<input type="checkbox"/> Poliklinik	<input type="checkbox"/> Cerrahi Yatış	<input type="checkbox"/> Acil
	Ön Tanı / Tanı:	<input type="checkbox"/> Adli Vaka	<input type="checkbox"/> Dahili Yatış	<input type="checkbox"/> Gebelik
	Planlanan Tedavi / İşlem:	ICD 10:		

Doktor Adı-Soyadı:		<input type="checkbox"/> Anlaşmalı <input type="checkbox"/> Anlaşmasız (*)	Operatör:
Uzmanlık Dalı:			Anestezi:
İrtibat Telefonu:			Asistan:
İmza / Kaşe:			* Doktor ve / veya ekibi anlaşmasız ise sigortalının tedavisi için talep edilecek ücreti yukarıda belirtecektir.

Anlaşmalı sağlık kuruluşlarında yapılan her türlü tedavi / işlem anlaşması bulunmayan / Anlaşmalı Sağlık Kurumu ile Sigorta Şirketi arasındaki fiyat protokolüne göre hizmet vermeyi kabul etmeyen kadrosuz bir hekim ve / veya ekibi tarafından gerçekleştirildiğinde ilgili hekim ve / veya ekibine ödenecek tutar polıçe özel ve genel şartları dahilinde değerlendirileceği için sigorta şirketi ile irtibata geçilmesi gerekmektedir.

Sigortalı / Kanuni Temsilcisinin Beyanı

Yukarıda verilen bilgilerin eksiksiz ve doğru olduğunu, sigorta şirketinin kendim ve bağımlılarım hakkında bu / diğer rahatsızlıklara ilişkin tüm bilgi / belgeleri, tüm sağlık kuruluşlarından isteme hakkı olduğunu beyan / kabul ederim.

Sigortalı / Kanuni Temsilcisinin Adı Soyadı:	
Tarih:	İmza:

 **MAPFRE Sigorta**

www.mapfre.com.tr