MAPFRE Sigorta

SAĞLIK SİGORTASI TAZMİNAT BİLDİRİM FORMU

SİGORTALI TCKN	:
SİGORTALI ADI SOYADI	:
TELEFON NUMARASI	:

GRUP ☐ FERDİ ☐
GRUP İSE ADI :
TAZMİNAT ÖDEMESİ İÇİN SİGORTALI VEYA SİGORTA ETTİRENİN ADI VE IBAN NO:

YATARAK TEDAVİ TEMİNATI		FATURA TUTARI
AMELİYAT / HASTANE YATIŞ / KÜÇÜK MÜDAHALE		
ANNELİK TEMİNATI		
DOĞUM / SEZERYAN		
RUTİN TETKİKLER / MUAYENELER VB.		
AYAKTA TEDAVİ TEMİNATLARI		
DOKTOR MUAYENE		
İLAÇ / AŞI		
TAHLİL / TETKİK / RÖNTGEN / İLERİ TANI YÖNTEMLERİ VB.		
DİĞER TEMİNATLAR		
		TOPLAM

Ödemelerin eksiksiz ve zamanında yapılabilmesi için;

Tüm ödeme belgelerinin asıllarını, reçete asıllarını, tahlil, röntgen, tomografi, MR, vb. işlemlere ait doktor istek yazısı ve sonuçlarını, tedavi hastanede yatılı tedavi ya da ameliyatla ilgili ise epikriz raporunu da bu forma eklemeyi unutmayınız.

İsim & Soyisim :

Yapılan işlemin poliçe özel ve genel şartları gereği teminat dışı olması, eksik bilgi içermesi veya ilave bilgi istenmesi durumunda fatura ve ekindeki belgeler ile birlikte tarafınıza iade edilecektir.

MAPFRE Sigorta A.Ş.
Fulya Mah. Büyükdere Cad. Torun Center No:74 D Blok Mecidiyeköy Şişli / İstanbul
Tel: 0212 – 334 62 00 Fax: 0212 – 334 62 60
www.mapfre.com.tr