

SAĞLIK KATILIM SİGORTALARI - TAZMİNAT TALEP FORMU

Sigortalı Ad Soyad		Poliçe Numarası	
TC Kimlik No/ YKN		Doğum Tarihi	
Müşteri No		Poliçe Başlangıç Tarihi	

Ödemenin Yapılacağı Banka Hesap Bilgileri

Tazminat ödemeniz için talep ettiğiniz hesap bilgilerinin aşağıda belirtilen banka bilgileri olup olmadığını lütfen kontrol ediniz. Talep ettiğiniz banka bilgisi farklı ise, sağlık tazminatınızı iletmeden önce, acenteniz/sigorta yetkiliniz veya 0850 226 0 123 no'lu Katılım Emeklilik Müşteri İletişim Merkezi aracılığı ile yeni banka bilgilerinizi tanımlatmanızı (mutlaka IBAN numaranız olmalıdır) rica ederiz.

Banka bilginiz tanımlı değil ise sağlık tazminatınızı sigorta şirketine iletmeden önce mutlaka tanımlatma yaptırmanızı rica ederiz.

Banka Bilgileri (*) Banka Hesabının sigortalıya ait olması gerekmektedir.	Banka Adı	
	Şube Kodu	
	IBAN No	TR
	Hesap Sahibi Adı Soyadı*	
Sigortalı İletişim Bilgileri	Cep Telefonu	
	E-posta	

Gönderilen Tedavi Masrafları Belgelerine Ait;

Fatura Tarihi	Fatura No	Fatura Tutarı	Açıklama
		Toplam Tutar	

Ödemelerinizi kısa sürede yapabilmemiz için;

Faturaların ve/veya kasa fişlerinin asıllarına ek olarak, reçete ve ilaç küpürlerinin asılları, tahlil, röntgen, tomografi, vb. gibi harcamalar için doktor istemi ve sonuçları (fotokopi olabilir), ameliyat olma veya hastanede yatma durumunda epikriz/anamnez raporu, gözlük için gözlük reçetesi gibi belgeleri de lütfen bu form ile gönderiniz.

İşbu talep formunda verdiğim bilgilerin tam ve doğru olduğunu, gerekli görüldüğü takdirde Katılım Emeklilik ve Hayat A.Ş.' nin ekteki belgeleri veren kurum veya hekim nezdinde her türlü bilgiyi almasına muvafakat verdiğimi, ilişik belgelerde belirtilen tedavi masrafları tutarının poliçe özel ve genel şartları çerçevesinde ödenmesi ve ödemeyi takip eden 15 gün içerisinde tarafımdan yazılı bir itiraz yapılmaması halinde Katılım Emeklilik ve Hayat A.Ş.' yi bu konudaki taahhütünden ibra eylediğimi kabul ve beyan ederim.

- İşbu başvuru formu ile, ben ve ailem hakkında bilgi ya da kayıt sahibi herhangi bir doktoru, hastaneyi, kliniği, sigorta şirketini ya da başka bir kurumu, kuruluşu ya da kişileri, sigortalı olan benim veya ailemin sağlığı, tıbbi geçmişi, herhangi bir hastane tedavisi, doktor tavsiyesi, teşhisi, tedavisi, hastalığı ya da rahatsızlığı hakkında herhangi bir veya tüm bilgileri Katılım Emeklilik ve Hayat Sigorta A.Ş.'ye vermeye yetkili kılardım. Bu formun fotokopisi alınan yetki açısından orijinali kadar geçerlidir.
- Yukarıda belirtilmiş olan banka hesap bilgilerinin bana ait olduğunu teyit eder, tazminat talebimin onaylanması durumunda ödemenin yukarıda belirtilmiş olan banka hesabına yapılması talep ederim.

Sigortalı Adı Soyadı (18 yaşından küçükse kanuni temsilcisi)	Tarih	İmza