

Tazminat Talep Formu

Seyahat Sağlık Sigortası

Lütfen tüm evrakları aşağıdaki adrese gönderiniz.

Demir Sağlık ve Hayat Sigorta A.Ş.
Büyükdere Cad. Özsezen İş Merkezi 124/B
34394 Şişli / İSTANBUL

Tazminatınızın hızlı ve düzgün şekilde ödenebilmesi için lütfen aşağıdaki önemli bilgileri tarafımıza bildiriniz.
Lütfen formu dikkatli doldurunuz.

A Genel Bilgiler

Formu dolduran ya da imzalayanın adı

Soyadı

Sokak/Aptman no.

Posta kodu/şehir/ülke

Doğum tarihi

Alan kodu ve telefon numarası (iş)

Alan kodu ve telefon numarası (ev)

Hesap numarası

IBAN

Hesap sahibi

Banka adı ve adresi

Sigorta poliçesini ne zaman ve nerede aldınız?

B Sigortalanan seyahatle ilgili bilgiler

Seyahatin planlı süresi

başlangıç

bitiş

Gerçek başlangıç

tarih

saat

Gerçek bitiş

tarih

saat

Hastalık / kaza yerindeki adresiniz

Sigortalının ikinci bir ikamet adresi var mı?

☐ evet

☐ hayır

C Sigortaya konu olayla ilgili bilgiler

1. Hastalık başlangıcı / kaza tarihi

tarih

2. Sadece hastalık durumunda doldurunuz (2.1.–2.3.)

2.1. Hastalık türü (Lütfen hastalığın tarifini ya da ölüm nedenini belirtiniz, varsa ölüm raporunu ekleyiniz.)

☐ hayır

☐ hayır

☐ hayır

şu tarihe kadar

☐ digər

Aranmadıysa, lütfen sebebini yazınız

5. Lütfen meydana gelen harcamaların detaylarını yazınız.

Lütfen bu faturalarının orijinali ya da fotokopilerini, diğer sigortacıların geri ödeme bildirileri ile birlikte ibraz ediniz.

Fatura türü	Fatura tarihi	Para birimi	Döviz kuru	TL	Ödendi	
(Örnek: Tedaviyi da ilaç için)					evet	hayır
					☐	☐
					☐	☐
					☐	☐
					☐	☐
					☐	☐
					☐	☐
					☐	☐

6. Herhangi başka bir kaynaktan tazminat aldınız mı?

☐ evet ☐ hayır

6.1. Evet ise, kaynak adı?

6.2. Tazminat tutarı neydi?

TL

6.3. Eğer (halen) bir tazminat almadıysanız, başvuruda bulundunuz mu?

☐ evet ☐ hayır

6.4. Evet ise, kimden?

İsim, adres

D Diğer sigorta teminatlarıyla ilgili bilgiler yazalım

1. Hasta / yaralı kişi adına seyahat iptal ya da araç seyahat sigortası alınmış mıdır?
(Eğer alınmışsa, lütfen adı, adresi ve üyelik numarasını belirtiniz.)

☐ evet ☐ hayır

Ad, adres ve üyelik numarası

2. Hasta / yaralı kişi kar amaçlı olmayan bir kurtarma şirketinin üyesi midir?
(eğer üye ise, lütfen adı, adresi ve üyelik numarası belirtiniz)

☐ evet ☐ hayır

Ad, adres ve üyelik numarası

3. Hasta / yaralı kişi sağlık, acil yardımı ya da seyahat iptal sigortası hizmeti sunan bir kredi kartına sahip midir?
(eğer var ise, lütfen adı, adresi ve kart numarası belirtiniz)

☐ evet ☐ hayır

Kredi kartı kuruluşu, kart numarası (Bir Türk Bankası?)

4. Hasta / yaralı kimse hangi sağlık sigorta fonuna (ör. SSK, Bağ-kur) üyedir / hangi özel sağlık sigortasının kapsamı altındadır?

Adı, adresi, poliçe no. / üyelik no.

Doktorları, her çeşit sağlık kurumunu ve sigorta yüklenicilerini, ERV Sigorta'ya önceden var olan hastalıklar, kaza sonuçları ve maluliyetler ile, sınırlı ya da poliçe süresi dahilinde meydana gelen hastalıklar, kaza sonuçları ve maluliyetler hakkında tüm gerekli bilgileri vermeye yetkili kılıyor ve yukarıda sayılanları profesyonel gizlilik kapsamı dışında bırakıyorum.

Bu talep bildirimi şu tarihte doldurulmuş

tarih

dolduran

Verilen bilginin doğruluğu konusundaki sorumluluğu kabul ediyorum. Talebin aslının anlaşılmasına etkisi olmasa dahi, gerek kasten, gerekse ağır ihmal sonucu yanlış ya da eksik bilgi vermem durumunda sigorta teminatımın geçersiz olacağının bilincindeyim.

yer

tarih

sigortalının imzası

SSS