

Yukarıda verilen bilgilerin eksiksiz ve doğru olduğunu, sigorta şirketinin benim ve bağımlılarımın sağlığı ile ilgili tüm sağlık kuruluşlarından ve diğer üçüncü şahıslardan bilgi ve belge isteme hakkı olduğunu beyan/kabul ederim. Rahatsızlığım için yapılan tetkik ve tedavi masraflarının Ziraat Sigorta A.Ş tarafından poliçe özel şartlarına ve sağlık sigortası genel şartlarına göre sigorta kapsamı dışında olduğunun belirlenmesi durumunda kapsam dışı rahatsızlığım için ödenen tazminatı ve işlemiş ticari reeskont faizini Ziraat Sigorta A.Ş'nin ilk talebinde nakden ve defaten geri ödemeyi kabul ve taahhüt ederim.

Hızlı Bir Hizmet Alabilmeniz İçin:

Bu forma fatura, makbuz, fiş, doktor raporu, ilaç kupürü ve tetkik sonuçlarınızı ekleyiniz. Tüm soruları cevaplandırma mecburiyetiniz olduğunu unutmayınız.

Sigortalı T.C:

Sigortalı İmza:

Müşteri No:

BANKA ADI /ŞUBE ADI /IBAN NO:



Ziraat Sigorta

SAĞLIK SİGORTASI TAZMİNAT TALEP FORMU

Turgut Özal Millet Cad.No:7 34096 Aksaray-Fatih /İstanbul

Ticaret Sicil No:698807 www.ziraatsigorta.com.tr

Tel:444 97 00

DOKTORUN DOLDURACAĞI BÖLÜM

Sigortalın Adı,Soyadı ve Doğum Tarihi:	Ön Tanı / Tanı:
Sigortalının Şikayetleri:	İstenilen Tekikler:
Sigortalının Özgeçmiş Bilgileri:	Uygulanan / Planlanan Tedavi:
Muayene Bulguları:	Gebelik ise S.A.T:
Şikayet Başlangıç Tarihi:	Doktorun Kaşe ve İmzası
Daha Önce Aynı Hastalık Nedeni İle Tetkik /Tedavi Yapıldı mı:	Dr.Tel No: