

SİGORTALI

T.C. KİMLİK NO (Doldurulması Zorunlu Alan) :

.....

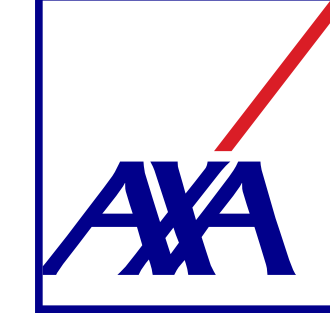
Bu formla verdiğim tüm bilgi, belgelerin tam ve doğru olduğunu, ekteki belgelerle gönderdiğim tedavi masraflarının AXA SİGORTA A.Ş. tarafından poliçemin şart ve limitlerine göre ödeneceğini bildiğimi beyan ederim. Gönderdiğim tedavi masraflarının ödenmesini takiben 15 gün içerisinde tarafımdan yazılı bir itiraz yapılmaması halinde AXA SİGORTA'nın bu konudaki taahhütünden ibra eylediğimi kabul ederim. Bu formda AXA SİGORTA A.Ş.'nin bilmesi gereken bir hususu gizlemediğimi, yanlış ve eksik beyanda bulunmadığımı, aksi takdirde ortaya çıkacak anlaşmazlıklarda AXA SİGORTA A.Ş.'nin herhangi bir sorumluluk altına girmediğini AXA SİGORTA A.Ş.'nin, tedavi eden doktor, sağlık kuruluşu ve üçüncü şahıslardan sağlık durumum ve özgeçmişim hakkında bilgi ve kayıt kopyalarını isteme hakkı ve tedavim ile ilgili her türlü ek bilgi almaya hakkı olduğunu beyan ve tasdik ederim.

*** Hızlı bir hizmet alabilmeniz için:**

Bu forma, fatura, makbuz, fiş, doktor raporu, reçete, ilaç küpürü, doktor sevk kağıdı ve gerekli diğer belgelerin asıllarını ekleyiniz. Tüm soruları cevaplandırma mecburiyetiniz olduğunu unutmayınız. Bu formu ekli belgelerin asılları ile birlikte en geç 8 gün içinde gönderiniz.

Poliçe No:	Müşteri No:
İsim - Soyisim İmza	Tarih

Form No: 27.01.03.F.027 Rev No: 10 Yürürlük Tarihi : 03.01.2014

**AXA SİGORTA****SAĞLIK SİGORTASI
TAZMİNAT TALEP FORMU**

Meclisi Mebusan Cad. No:15 34433 Salıpazarı, Beyoğlu, İstanbul
Tel: 0 212 334 24 24 / 0 850 250 99 99
www.axasigorta.com.tr iletisim@axasigorta.com.tr
Ticaret Sicil No: 98645 Büyük Mükellefler V.D. 649 00 399 46

D O K T O R U N D O L D U R A C A Ğ I B Ö L Ü M

Tedavi Gören Sigortalının Adı, Soyadı ve Doğum Tarihi:
Sigortalının Şikayetleri:
Sigortalının Özgeçmiş Bilgileri:
Muayene Bulguları:
İlk belirtiler ne zaman başladı?

Daha önce aynı hastalıktan muayene veya tedavi oldu mu?	
Gebelik ise S.A.T:	
Düşünülen Ön Tanı veya Teşhis:	
İstenilen Tetkikler:	
Müteakip tedavi veya cerrahi müdahale gerekli mi?	
Doktorun Kaşe ve İmzası:	Tel No:
	Adres: