

Anlaşmasız Sağlık Kurum Tazminat Talep Formu

Sigortalı Bilgileri

T.C. Kimlik No.	
Adı Soyadı	
Grup Adı	
Police No	
Doğum Tarihi	
İletişim Bilgileri (E-posta, Telefon)	
Banka / IBAN Bilgileri (18 yaş altı sigortalıların harcamalarına ait ödemeler ebeveynlerine ait banka hesabına yapılacaktır.)	Banka Adı: IBAN No: TR _____ Hesap Sahibinin Adı:

Fatura Bilgileri

Fatura Tarihi	Fatura No.	Fatura Tutarı	Kurum Adı	Tanı ve Şikayet

Ödemelerinizi kısa sürede yapabilmemiz için aşağıdaki belgeleri lütfen bu form ile beraber aşağıdaki adresimize gönderiniz.

- Faturaların ve/veya kasa fişlerinin asılları
- Tanı, şikayet, hastalık geçmişi ve tedavi planı bilgilerini içeren Doktor Muayene Formu,
- Doktor Tetkik İstek Formları ve tüm tetkik sonuçları (tahlil, röntgen, tomografi, MR gibi)
- Ameliyat veya hastanede yatma durumunda epikriz / anamnez raporu
- Adli vaka ve trafik kazaları için Kaza Tespit Tutanağı, Adli Vaka Tutanakları, Alkol Raporu, Ehliyet Fotokopisi.

İşbu talep formunda verdiğim bilgilerin tam ve doğru olduğunu, gerekli görüldüğü takdirde kendim ve kanuni temsilcisi olduğum bağımlılar için MetLife Emeklilik ve Hayat A.Ş.'nin ekteki belgeleri veren kurum veya hekim nezdinde her türlü bilgiyi almasına muvafakat verdiğimi, ödemelerinin yukarıda hesap bilgileri verilmiş olan kişiye yapılmasını kabul ettiğimi, 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 MetLife Emeklilik ve Hayat A.Ş.'yi bu konudaki taahhütünden ibra eylediğimi, farklı bir sigorta şirketinden aynı fatura ile ödeme aldığım ödemelerin tespiti halinde ödememin tarafımdan rücu edilmesini, sağlık giderimin birden fazla sigorta şirketinden tazmin edilebilmesi durumu olması halinde sağlık gideri değerlendirmesinin Sağlık Sigortası Genel şartları Birden Çok Sigorta maddesi kapsamında değerlendirileceğini kabul ve beyan ederim.

Tarih:

Sigortalı ve Kanuni Temsilcisi Adı ve Soyadı:

İmza:

MetLife Emeklilik ve Hayat A.Ş.

Kavacık Ticaret Merkezi Rüzgârlıbahçe Mahallesi Çam Pınarı Sokak No:1 Kavacık 34805 Beykoz / İstanbul

Sicil No: 388669 • MERSİS No: 0854006902900025 • Tel: (0216) 538 91 00 • metlife.com.tr

MetLife İletişim Merkezi Tel: (0850) 222 0 638 (MET) • Faks: (0216) 538 94 94 • E-posta: musterihizmetleri@metlife.com.tr