

FİRMA ADI :

TEDAVİ GÖREN SİGORTALININADI / SOYADI :
T.C.KİMLİK NO :
DOĞUM TARİHİ :
TELEMED 24 KART NO :**ÖNEMLİ HATIRLATMALAR**

Bu formun fotokopi ile çoğaltılarak kullanılması mümkündür.

Talebinizin en kısa sürede değerlendirilebilmesi için bu formun eksiksiz olarak doldurulması ekine ilgili makbuz/fatura asıllarına ilave olarak kullanım kılavuzunda belirtilen belgelerin de (reçete, ilaç kúpürü, tetkik istemi ve sonuçları, epikriz v.b.) eklenmesi gerekmektedir.

Eksik belge, teminat dışı harcamalar v.b. durumlarda belgeler tarafınıza iade edilecektir.

Sağlık gideri ödemeleri sistemimizde kayıtlı hesaba gönderilecektir. Hesap numarasında değişiklik olması durumunda lütfen aşağıdaki bölümü doldurunuz.

HESAP SAHİBİNİN ADI SOYADI :	
BANKA ADI :	ŞUBE KODU / ADI :
IBAN / HESAP NO :	

SAĞLIK GİDERİNE AİT BİLGİLER

FATURA TARİHİ	FATURA NUMARASI	FATURA TUTARI	SAĞLIK GİDERİ TÜRÜ
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

TOPLAM

İşbu formla talep edilen sağlık giderleriyle ilgili, gerekli gördüğü takdirde Yapı Kredi Sigorta A.Ş.'nin kurum ve hekim nezdinde her türlü bilgi ve belgeyi almasına muvafakat ettiğimi; sağlık giderlerinin poliçe özel ve genel şartları çerçevesinde ödenmesini takiben Yapı Kredi Sigorta A.Ş.'yi bu konudaki taahhütünden gayri kabili rücu ibra ettiğimi; sağlık giderini tazmin etmekle sorumlu olan 3. şahıslara karşı ödeme ile doğmuş olan rücu hakkımı Yapı Kredi Sigorta A.Ş.'ne devrettiğimi kabul, beyan ve ikrar ederim.

TARİH :

ADI SOYADI :

İMZA :