senCard®

SAĞLIK SİGORTASI GİDER BİLDİRİM FORMU

Sayın Sigortalımız,

Sağlık sigortanız kapsamında, anlaşmalı kurumlarımız dışında oluşan sağlık giderlerinizi "Sağlık Sigortası Gider Bildirim Formu" ekinde ulaştırmanızı rica ederiz.

Sigortalı Adı Soyadı		E-Mail	
T.C. Kimlik No		Telefon	
Sigortalı No			

Daha önce hesap numarası bildirmediyseniz veya hesap numaranızın değişmesini istiyorsanız bu bölümü doldurunuz.

Hesap Sahibinin Adı Soyadı	
IBAN	
Banka/Şube Adı/Kodu	

FATURA BİLGİLERİ

Fatura No	Fatura Tutarı
	TOPLAM FATURA TUTARI

TEMLİK BEYANI TAZMİNAT MAKBUZU VE İBRANAME

Ben aşağıdaki imza sahibi .....

Sağlık sigortası poliçemin şart ve limitleri gereği teminat altındaki masraflarımın tazminatı olarak yukarıda yazılı ..... TL.....Kr'nin Sigortacı tarafından aşağıda imzası bulunan şahsıma/şahsa ya da şirketinizde kayıtlı hesap numarasına (*) nakten ve tamamen ödendiğini beyan ve ikra ederim.

(*) Tazminatın hesap numarasına yatırılacağı durumlarda, iş bu ibraname sağlık giderinin hesaba yatırılması koşulu ile geçerli olacaktır.

Sağlık Sigorta Poliçesi kapsamında gördüğüm tedavi dolayısıyla, tâbi bulunduğum sosyal güvenlik kurumuna ve / veya üçüncü kişilere karşı sahip olduğum tüm talep ve dava haklarımı, Sigortacı'nın ödeyeceği tutar ile sınırlı olmak üzere, Sigortacı'ya, Türk Borçlar Kanununun 183. ve devamındaki maddelerde düzenlenen alacağın temliki hükümleri çerçevesinde gayrıkabilirücu olarak temlik ettiğimi beyan ve taahhüt ederim. İşbu temlik işleminin herhangi bir sebeple hüküm doğurmaması halinde Sigortacı, işbu talebe konu tazminat tutarının sağlık kurumuna ödendiği anda TTK m.1472 uyarınca, Sosyal Güvenlik Kurumuna ve/veya üçüncü kişilere karşı sahip olduğum talep ve dava haklarına halef olacak ve Sosyal Güvenlik Kurumuna ve/veya üçüncü kişilere rücu edebilecektir. Sigortacının risk ve tazminat değerlendirmesi yapabilmesini teminen; sağlık sigorta sözleşmesinin kapsamını (yeniden sözleşme yapılması, risk ve tazminat değerlendirmesi, tazminat ödemesi v.b.) ilgilendiren bütün konularda ve tüm sigortalılar için, sigortalıyı tedavi eden kişi ve kurumlardan, Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi'nden, Sosyal Güvenlik Kurumundan ve Sağlık Bakanlığı'ndan sigorta şirket(ler)i ve/ veya reasürans şirket(ler)i ve bununla sınırlı olmamak üzere diğer ilgililer ile Sigorta Ettiren ve Sigorta Ettiren tarafından Sigortacı'ya bildirilen kişi/ yada kişiler, sigorta sözleşmesine aracılık eden acente/broker personeli ve Sigorta Ettiren'in İnsan Kaynakları Departmanında görevli veya Sigorta Ettiren'in sigortacılık işlemlerini yürütmekle görevli departmanda çalışan personel ile doğrudan doğruya ya da dolaylı olarak, her türlü bilgi ve belge alışverişi yapabilmesine, kişiye özel bilgilerin öğrenilebilmesine (yanlış sigorta uygulamaları dahil) ve/veya paylaşabilmesine, ayrıca Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi'nin bu şekilde Sigorta Sözleşmeleri görüşmeleri ve sözleşme süresi içerisinde şahsım için toplayacağı her türlü bilgi ve belgenin paylaşılmasına, şahsım ve bağımlılarımın bilgilerinin elektronik ortam üzerinde birbirlerince görüntülenebilmesine, muvafakat ettiğimi ve tüm bu hususlarda bilgi ve belge temin edebilmesi bakımından Sigortacı'ya yetki verdiğimi, kabul ve beyan ederim.

Sigortalı Ad-Soyad-İmza

Tarih : ..... / ..... / 20.....