

Tazminat Talep Formu

Seyahat Sağlık Sigortası

Lütfen tüm evrakları aşağıdaki adrese gönderiniz.

HDI Sigorta
Sahrayıcedid Mah. Batman Sok. HDI Sigorta
Binası No:6
34734 Kadıköy İstanbul

Tazminatınızın hızlı ve düzgün şekilde ödenebilmesi için lütfen aşağıdaki önemli bilgileri tarafımıza bildirin.
Lütfen formu dikkatli doldurunuz.

A Genel Bilgiler

Formu dolduran ya da imzalayanın adı

Formu dolduran ya da imzalayanın adı

Soyadı

Soyadı

Sokak/Aprtman no.

Sokak/Aprtman no.

Posta kodu/şehir/ülke

Posta kodu/şehir/ülke

Doğum tarihi

Doğum tarihi

Alan kodu ve telefon numarası (iş)

Alan kodu ve telefon numarası (iş)

Alan kodu ve telefon numarası (ev)

Alan kodu ve telefon numarası (ev)

Hesap numarası

Hesap numarası

IBAN

IBAN

Hesap sahibi

Hesap sahibi

Banka adı ve adresi

Banka adı ve adresi

Sigorta poliçesini ne zaman ve nerede aldınız?

Sigorta poliçesini ne zaman ve nerede aldınız?

Referans no.

Referans no.

B Sigortalanan seyahatle ilgili bilgiler

Seyahatin planlı süresi

Seyahatin planlı süresi

başlangıç

bitiş

Gerçek başlangıç

Gerçek başlangıç

tarih

saat

Gerçek bitiş

Gerçek bitiş

tarih

saat

Hastalık / kaza yerindeki adresiniz

Hastalık / kaza yerindeki adresiniz

Hastalık / kaza yerindeki adresiniz

Sigortalının ikinci bir ikamet adresi var mı?

evet

hayır

C Sigortaya konu olayla ilgili bilgiler

1. Hastalık başlangıcı / kaza tarihi

Hastalık başlangıcı / kaza tarihi

tarih

2. Sadece hastalık durumunda doldurunuz (2.1.–2.3.)

2.1. Hastalık türü (Lütfen hastalığın tarifini ya da ölüm nedenini belirtiniz, varsa ölüm raporunu ekleyiniz.)

Hastalık türü (Lütfen hastalığın tarifini ya da ölüm nedenini belirtiniz, varsa ölüm raporunu ekleyiniz.)

Hastalık türü (Lütfen hastalığın tarifini ya da ölüm nedenini belirtiniz, varsa ölüm raporunu ekleyiniz.)

Hastalık türü (Lütfen hastalığın tarifini ya da ölüm nedenini belirtiniz, varsa ölüm raporunu ekleyiniz.)

Hastalık türü (Lütfen hastalığın tarifini ya da ölüm nedenini belirtiniz, varsa ölüm raporunu ekleyiniz.)

2.2. Sigortalının bu rahatsızlıktan ne kadar zamandır şikayeti var ve ilk tedavi ne zaman yapıldı?

.....

.....

.....

.....

2.3. Seyahat başlamadan 12 ay önce hangi doktorlar sigortalıyı muayene etti? Sigortalının dönüşünde hangi doktor tedaviye devam edecek? (Lütfen ad ve adresler ile birlikte tedavi süresi ve teşhisi de belirtiniz. Eğer ayrılan bölüm yeterli değilse, ayrı bir kağıda devam ediniz)

.....

.....

.....

.....

3. Sadece kaza durumunda doldurunuz (3.1.–3.5.)

3.1. Kazaya ne sebep oldu? Lütfen tam olarak nasıl olduğunu tarif ediniz.

.....

.....

.....

.....

3.2. Kazaya başkaları karıştı mı?

evet

hayır

3.3. Görgü tanığı var mı?

evet

hayır

Eğer 3.2. ve/veya 3.3. sorularına evet dediyeniz, lütfen ilgili kişi(ler)'in isim(ler) ve adres(ler)ini yazınız.

.....

.....

.....

.....

3.4. Polis ya da Jandarma kaza raporu düzenledi mi?

evet

hayır

Evet ise, hangi polis birimi?

.....

.....

Polis merkezinin ismi ve adresi

3.5. Vücudun hangi bölümü yaralandı? Lütfen yaralanmayı olabildiğince açık olarak anlatınız.

.....

.....

.....

.....

4. Yaralı kişi hastaneye kaldırıldı mı?

evet

hayır

.....

.....

şu tarihten

şu tarihe kadar

Kaldırıldıysa, lütfen tıbbi rapor ekleyiniz.

Sigortalı evine nasıl döndü?

planlandığı şekilde

ambulansla

uçakla

ambulans uçakla

sedyeyle

diğer

Acil Durum Merkezi arandı mı?

evet

hayır

.....

.....

.....

Aranmadıysa, lütfen sebebini yazınız

5. Lütfen meydana gelen harcamaların detaylarını yazınız.

Lütfen bu faturalarının orijinali ya da fotokopilerini, diğer sigortacıların geri ödeme bildirimleri ile birlikte ibraz ediniz.

Fatura türü	Fatura tarihi	Para birimi	Döviz kuru	TL	Ödendi
(Örnek: Tedaviyi da ilaç için)					evet hayır
					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

6. Herhangi başka bir kaynaktan tazminat aldınız mı? evet hayır

6.1. Evet ise, kaynak adı? _____

6.2. Tazminat tutarı neydi? _____ TL

6.3. Eğer (halen) bir tazminat almadıysanız, başvuruda bulundunuz mu? evet hayır

6.4. Evet ise, kimden? _____

İsim, adres

D Diğer sigorta teminatlarıyla ilgili bilgiler yazalım

1. Hasta / yaralı kişi adına seyahat iptal ya da araç seyahat sigortası alınmış mıdır? evet hayır
(Eğer alınmışsa, lütfen adı, adresi ve üyelik numarasını belirtiniz.)

Ad, adres ve üyelik numarası

2. Hasta / yaralı kişi kar amaçlı olmayan bir kurtarma şirketinin üyesi midir? evet hayır
(eğer üye ise, lütfen adı, adresi ve üyelik numarası belirtiniz)

Ad, adres ve üyelik numarası

3. Hasta / yaralı kişi sağlık, acil yardımı ya da seyahat iptal sigortası hizmeti sunan bir kredi kartına sahip midir? evet hayır
(eğer var ise, lütfen adı, adresi ve kart numarası belirtiniz)

Kredi kartı kuruluşu, kart numarası (Bir Türk Bankası?)

4. Hasta / yaralı kimse hangi sağlık sigorta fonuna (ör. SSK, Bağ-kur) üyedir / hangi özel sağlık sigortasının kapsamı altındadır?

Adı, adresi, poliçe no. / üyelik no.

Doktorları, her çeşit sağlık kurumunu ve sigorta yüklenicilerini, ERV Sigorta'ya önceden var olan hastalıklar, kaza sonuçları ve maluliyetler ile, sınırlı ya da poliçe süresi dahilinde meydana gelen hastalıklar, kaza sonuçları ve maluliyetler hakkında tüm gerekli bilgileri vermeye yetkili kılıyor ve yukarıda sayılanları profesyonel gizlilik kapsamı dışında bırakıyorum.

Bu talep bildirimini şu tarihte doldurulmuş

_____ tarih

_____ dolduran

Verilen bilginin doğruluğu konusundaki sorumluluğu kabul ediyorum. Talebin aslının anlaşılmasına etkisi olmasa dahi, gerek kasten, gerekse ağır ihmal sonucu yanlış ya da eksik bilgi vermem durumunda sigorta teminatımın geçersiz olacağını bilincindeyim.

_____ yer

_____ tarih

_____ sigortalının imzası

SSS