



Allianz
Sağlık Sigortası
Tedavi Masrafları Talep Formu

Lütfen bu formu fotokopi ile çoğaltarak kullanınız.

Tedavi gören sigortalının adı/ soyadı

Banka Bilgisi

Doğum Tarihi

Sigortaya giriş tarihi

Police No

Sıra No

gönderilen tedavi masrafları belgelerinin

TARİH	NUMARA	TUTARI	AÇIKLAMA
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

TOPLAM

Ödemelerinizi kısa sürede yapabilmemiz için;

Faturaların ve/veya kasa fişlerinin asıllarına ek olarak, reçete ve ilaç küpürlerinin asılları, tahlil, röntgen, tomografi, vb. Gibi harcamalar için doktor istemi ve sonuçları (fotokopi olabilir), ameliyat olma veya hastanede yatma durumunda epikriz/anemnez raporu, gözlük için gözlük reçetesi gibi belgeleri de lütfen bu form ile gönderiniz.

İşbu talep formunda verdiğim bilgilerin tam ve doğru olduğunu, gerekli görüldüğü takdirde Allianz Sigorta A.Ş.'nin ekteki belgeleri veren kurum veya hekim nezdinde her türlü bilgiyi almasına muvaffakat verdiğimi, 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 Allianz Sigorta A.Ş.'ni bu konudaki taahhütünden ibra eylediğimi kabul ve beyan ederim.

SİGORTALININ İMZASI
(18 yaşından küçük ise kanuni temsilcisi)

TARİH

Ferdi poliçe sahipleri için önemli uyarı:

Sigortaya başvururken doldurulan ön bilgi formunda belirttiğiniz banka hesap numaranızda değişiklik olduysa lütfen bu form üzerinde belirtiniz.