

Grup Hayat/Grup Kaza Tedavi Masrafları Talep Edilen Belgeler:

1. İlişikte sunulan “Grup Hayat/ Grup Ferdi Kaza Sigortaları Kaza Tedavi Masrafları Tazminat Talebi formu” nun sigortalı tarafından eksiksiz doldurularak, imzalanması
2. Resmi kaza tespit tutanağı aslı ya da aslı gibidir onaylı (orijinal) örneği
3. Teşhis ve Tedaviye ilişkin Doktor raporu ve yapılan tüm tetkik ve görüntüleme raporları
4. Tedavi harcamalarına ait dökümlü fatura asılları, ilaç faturaları için ayrıca doktor reçetesi ve ilaç kupürleri
5. Nüfus Cüzdanı fotokopisi

Ek: “Grup Hayat/ Grup Ferdi Kaza Sigortaları Kaza Sonucu Tedavi Masrafları Tazminat Talebi Formu”

Bilgi için: Müşteri Destek Merkezi (444 11 11)

Not: Agesa Hayat ve Emeklilik A.Ş. gerektiğinde ek belge talebinde bulunabilecektir.

**GRUP HAYAT VE GRUP FERDİ KAZA SİGORTALARI KAZA SONUCU TEDAVİ MASRAFLARI TAZMİNAT
TALEBİ FORMU**

Grup ünvanı/ Poliçe No		Sertifika no	
Kaza ve tedaviler ile ilgili bilgiler			
Tazminat talebinize konu olan kazanın hangi tarihte ve ne şekilde meydana geldiğini lütfen açıklayınız.	Kazanın meydana geldiği tarihi : / /		
Kaza sonucunda gördüğünüz tedavileri tarihleri ile lütfen detaylı bir şekilde yazınız.			
Tazminatın ödenmesi tercihi	<input type="checkbox"/>	Ödemenin aşağıda belirtilen kendi hesabıma yapılmasını istiyorum	
	<input type="checkbox"/>	Ödemenin aşağıda belirtilen sigorta ettiren hesabına yapılmasını istiyorum.	
Aşağıdaki banka hesaplarına ait bilgileri, lütfen yukarıdaki seçeneğiniz doğrultusunda doldurunuz.			
Hesabın bulunduğu banka adı		Hesabın bulunduğu şubenin adı	
Şube kodu		Hesap no	
Uluslararası Banka Hesap Numarası (IBAN)**			
<p>• (*) Bu form ile birlikte lütfen aşağıdaki belgelerin asıllarını veya veren kurum tarafından tasdik edilmiş kopyalarını gönderiniz : Tıbbi tedavinin bitmesinin ardından Sigortalının doktoru tarafından yazılan ve yapılan tedaviyi açıklayan rapor - Kaza sonucu meydana gelmişse kaza tutanağı ve raporu – Bir olay sonucu meydana gelmişse olay tespit tutanağı – Teşhis ve tedavi için yapılan tüm inceleme ve görüntüleme raporları - İlaç reçeteleri, ilaç küpürleri ve ödemelere ait faturaların asılları - Sigortalının nüfus cüzdanının önlü arkalı çekilmiş fotokopisi. (**) IBAN'nın belirtilmediği durumlarda yukarıda beyan ettiğim hesap numaram ile işlem yapılmasını kabul ve beyan ederim.</p>			

Yukarıda verdiğimiz bilgilerin doğru olduğunu, bu formun tazminat talebine temel teşkil edeceğini beyan ve kabul ederim.

Sigortalı adı soyadı					
Telefon cep	(0)	Telefon iş	(0)	Telefon ev	(0)
E posta					
TC vatandaşı için TC kimlik no			Yabancı uyruklu için vergi kimlik no		
İmza				Tarih	/ /

Ödemenin sigorta ettiren hesabına yapılması durumunda, aşağıdaki bölümün doldurulması ve sigorta ettirenin imzalaması şarttır.

Sigorta ettiren adı soyadı / ünvanı					
TC vatandaşı gerçek kişi için TC kimlik no			Tüzel kişi veya yabancı uyruklu kişi için vergi kimlik no		
İmza				Tarih	/ /