

## HASTANEDE YATIRILMA TAZMİNAT TALEP BAŞVURU FORMU

### Adım 1: Poliçe Detaylarınızın Kontrolü

#### Önemli Notlar

- Hastanede yatırılma durumunun en az 7 gün süreyle devam ediyor olması gerekmektedir.
- Poliçe başlangıcı öncesinde mevcut olan rahatsızlıklarınıza bağlı talepleriniz kapsam dışıdır. Poliçeniz özel ve genel şartlardan oluşmaktadır. Lütfen teminatınıza ait özel şartları poliçenizden kontrol ediniz.

### Adım 2: Formun Doldurulması

#### Form nasıl doldurulur ?

- Lütfen tüm bölümlerin tam ve eksiksiz doldurulduğuna emin olunuz. Bu bilgilere talebinizin mümkün olan en kısa sürede değerlendirebilmesi için ihtiyaç duyulmaktadır.
- Adım 3'te listelenen tüm evrakları gönderdiğinizden emin olunuz.
- Başvuru formunu imzaladığınızdan ve tarihi belirttiğinizden emin olunuz. Muvafakatiniz olmadan talebiniz değerlendirilememektedir.

### Adım 3: Talep Edilen Evraklar

**Tazminat talebinizin değerlendirilebilmesi için aşağıdaki belgeleri işbu işsizlik tazminat talep başvuru formunuzla birlikte gönderiniz;**

- Hastanede yatış süresini gösteren hastane raporu
- Rahatsızlığın teşhis ve tedavi aşamasına ilişkin tüm tıbbi kayıtlar (Epikriz raporu, tahliller vb.)
- (Olay kaza ise) Kaza zaptı, ifade tutanakları, (Trafik kazası ise ek olarak) alkol raporu
- Nüfus Cüzdanı Fotokopisi
- Meslek statüsünü gösterir belge
- Gelir durumunu gösterir belge(varsı)
- Sigorta kapsamındaki kredi kartına ilişkin hasar öncesi son 3 dönem ekstresi ( Kredi Kartı Koruma poliçesi içindir.)

BU EVRAKLARIN ÖRNEKLERİNİ GÖRMEK İÇİN SAYFA 4'E BAKINIZ.

**ÖNEMLİ NOT:** Lütfen başvurunuz için gerekli olan tüm belgeleri birlikte gönderiniz. Tam ve eksiksiz doldurulmuş başvuru formunuzla birlikte belgeleri eksiksiz göndermeniz, talebinizin en kısa sürede değerlendirilmesine yardımcı olacak ve olası gecikmeleri engelleyecektir.

### Adım 4: Talebiniz Nasıl İşleme Alınacak?

Tamamen doldurulmuş tazminat talep formunuzla birlikte tüm belgelerinizi eksiksiz olarak bize ulaştırdığınızda , talebiniz daha kısa süre içerisinde değerlendirilebilecektir. Başvuru takipleri için dosya numarası tüm haberleşmelerde en üstte yer alacak olup sorgulamalarınızda bu numarayı veya T.C. Kimlik Numaranızı kullanmanızı tavsiye ederiz.

Talebiniz, gönderdiğiniz belgelerle poliçenizin özel ve genel şartlarına, sigortacılık mevzuatına göre değerlendirilecektir. Değerlendirme süreci tamamlandığında aşağıdaki detaylar için size mutlaka bilgilendirme yapılacaktır.

- Ödemenizin onaylanması durumunda; ne kadar ödeme alacağınız, ne zaman ve kime yapılacağı ve ek olarak ödeme almaya devam edebilmeniz için neler yapmanız gerektiğinize ilişkin bilgi verilecektir.
- Ödemenizin onaylanmaması durumunda; neden ödeme yapılmadığına dair bilgi verilecektir.

Dosya değerlendirme süreci için yeterli bilgi/evrak sağlamadığınız durumlarda veya araştırma için daha fazla/net bilgiye ihtiyaç duyulduğunda ilgili talebin detayına ilişkin telefon veya mektup yolu ile bilgilendirileceksiniz.

## Evrakları nereye ve nasıl göndermelisiniz?

Tazminat talep formunuzu eksiksiz olarak doldurup ,evraklarınızı tamamlayarak aşağıda belirtilen şekilde bize iletebilirsiniz. Posta veya Kargo ile : İçerenköy Mahallesi Umut Sok. Quick Tower Sitesi No: 10-12/9 Ataşehir / İstanbul

Mail Adresi : agesa\_tazminat@agesa.com.tr  
Tel : 444 11 11  
Faks : (0216) 634 38 88

Olası bir aksaklıkta hızlı çözüm sunabilmek adına, tarafımıza göndermiş olduğunuz tazminat talep formu ve evraklarınızın bir kopyasını saklamanızı tavsiye ediyoruz.

Tarafınızdan talep edilen tüm bilgi ve belgelere tazminat değerlendirme sürecinin mümkün olan en kısa sürede sonuçlandırılabilmesi için gerek duyulmaktadır. Eksik doldurulan form veya eksik gönderilen belgeler, tazminat talebinizin sonuçlanmasında gecikmeye neden olabilir.

Tazminat talebinizin değerlendirilme sürecinde bilgi veya açıklamaya ihtiyaç duyulması halinde sizinle iletişime geçilecektir.

Meydana gelen olay için geçmiş olsun dilekelerimizi sunar, tazminat işlemlerinin sizin adınıza hızlı ve kolay bir şekilde yürüebilmesi için çalışacağımızı belirtmek isteriz.

## Beyan ve Taahhütler

Bu formda beyan ettiğim tüm bilgiler ile formun ekinde sunduğum belgelerin, tam ve doğru olduğunu, beyanlarımda yahut ekli, belgelerde verdiğim bilgilerden herhangi birisinin doğru çıkmaması veya eksik olması durumunda, sigortacının tazminat ödememe hakkı bulunduğunu kabul, beyan ve taahhüt ederim.

İşbu formun, bu formla verdiğim bilgilerin ve formun ekinde sunduğum belgelerin tazminat konusu da dahil olmakla birlikte, tüm sigortacılık işlemlerinin gerçekleştirilmesi ve usulsüzlüklerin önüne geçilebilmesi için tarafıma ait her türlü kişisel veya özel nitelikli kişisel verilerin, 6698sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu, 5684 sayılı Sigortacılık Kanunu ve ilgili mevzuat hükümlerine göre iznim aranmaksızın işlenebilecek kişisel veya özel nitelikli kişisel verilerimin haricinde, ilgili işlemlerin gerçekleştirilmesi amacıyla işlenmesine, kullanılmasına, yurt dışına aktarılmasına, iletmış olduğum bilgilerin yeterli görülmemesi halinde yahut doğruluğunun teyidi, rizikonun ve sigorta sözleşmesine ilişkin taleplerin değerlendirilmesi amacıyla yetkili kuruluşlardan her türlü bilgi alınmasına, değerlendirme amacıyla sır saklama yükümlülüğü altındaki 3. kişilerle paylaşılmasına, bu formda yazılı veya ileride tarafımda verilecek kişisel veya özel nitelikli kişisel verilerin toplanması hususunda tam yetkili olduklarını ve bu suretle toplanan şahsıma ait bilgilerin;

a) Tazminat başvurularının işleme konması, değerlendirilmesi ve usulsüzlüklerin önlenmesi için işlenmesine ve kullanılmasına

b) Poliçe ile ilgili olarak, Sigortacı, temsilcileri ve yukarıda sayılan şirket ve şahıslara aktarılmasına ve gerek görüldüğü hallerde bu şirket/kişilerce işlenmesine, kullanılmasına ve sigorta sözleşmesi sona erdikten sonra dahi mevzuat kapsamında yasal süre boyunca saklanmasına muvafakat ettiğimi, açıkça ve gayrıkabili rücu olarak kabul, beyan ve taahhüt ederim.

Bu tazminat talebime ilişkin olarak Sigortacının, temsilcilerinin ve yukarıda yer alan şirket ve şahısların şahsımla ilgili talep edecekleri tüm bilgi ve belgelerin kendileriyle paylaşılması konusunda, başvurulan tüm hastaneleri, doktorları, işverenleri, sigorta şirketlerini veya diğer gerçek veya kamu özel tüzel kişilerini açıkça ve gayri kabili rücu olarak yetkilendirdiğimi kabul ve beyan ederim.

İşbu formun kopyalarının da hukuken geçerli olacağını kabul ve beyan ederim.

İmza:

Tarih: \_\_/\_\_/\_\_

## Gündelik Hastane Teminatı

T.C. Kimlik No : \_\_\_\_\_

Teşhis : \_\_\_\_\_

İsim : \_\_\_\_\_

Teşhis Tarihi : \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_

Soyisim : \_\_\_\_\_

Sigortalının sağlık sorununun veya kazanın detaylarını belirtiniz.

Adres : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Şehir : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Posta Kodu \_\_\_\_\_

İlk Muayene Tarihi : \_\_/\_\_/

Ev Telefon No : \_\_\_\_\_

Rapor Tarihi : \_\_/\_\_/

Cep Telefon No : : \_\_\_\_\_

E-Posta Adresi : \_\_\_\_\_

Teşhis önceden mevcut Evet   Hayır  
bir rahatsızlık ile ilişkili mi? :

Doğum Tarihi :

Lütfen daha önce bu rahatsızlıkla ilişkili olarak görmüş olduğunuz tedavileri veya hastanede yatış sürelerinizi listeleyiniz:

| Doktor Adı-Soyadı | Sağlık Kurumu/Hastane | Teşhis | Tedavi Başlangıç Tarihi | Tedavi Bitiş Tarihi |
|-------------------|-----------------------|--------|-------------------------|---------------------|
|                   |                       |        |                         |                     |

Sigortalının sağlık sorunu veya yaralanması kendi kendine zarar vermesi veya doğum, düşük, alkol veya uyuşturucu bağımlılığı, AIDS veya HIV enfeksiyonu, estetik nedenlerle yapılan ameliyat ve tedavi, psikolojik veya ruhsal bozukluk sonucunda mı oluştu?

 Evet  Hayır

Lütfen detaylandırınız.

Sigortalı Hesap Bilgileri

| Banka Adı | Banka Şubesi ve Kodu | IBAN No: |
|-----------|----------------------|----------|
|           |                      |          |

Tarih: \_\_/\_\_/\_\_

Tarih: \_\_/\_\_/\_\_

Sigorta Ettiren

Doktor Kaşe &amp; İmza:

İmza:

## Evrak Örnekleri

### Hastanede Kalış Süresini Gösteren Sağlık Kurulu Raporu

| T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI DEVLET HASTANESİ SAĞLIK KURULU RAPORU  |  |
|--|--|
| Rapor No : 0020<br>Tıbbi Kodu :<br>Aile Sağlığı :<br>Doğum Yeri/Tarihi :<br>Gözetilme ve Galiye Sağlık Kurumu :<br>Sağlık No : SGK<br>İstihlak Maaşına : TEDAVİ İÇİN<br>Sağlık Kurumunun Kuruluş Tarihi :<br>Eğilim No : | Rapor Tarihi :<br>TC Kimlik No :<br>Bakan Adı :<br>Müdürlük Tarihi : |
| Tarih : RADİUS ALT UÇ KIRIĞI   |  |
| Karakter : OLAN TARİHİNDEN İTİBAREN 45GÜNE BİR GÜN İSTİRAHATI UYGUNDUR İSTİRAHAT BİTİM TARİHİ TARİHİNDE KONTROLÜNE GÖY BİRLİĞİ İLE KARAR VERİLMİŞTİR.  |  |
| <p>Dr. Ortopedi ve Travmatoloji Uzmanı</p> <p>Dr. Ortopedi ve Travmatoloji Uzmanı</p> <p>Dr. Ortopedi ve Travmatoloji Uzmanı</p>   |  |

### Teşhis ve Tedavi Aşamasına İlişkin Epikriz Raporu (Doktor Kaşe ve İmzası Bulunan)

| T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI Devlet Hastanesi BAŞTABİPLİĞİ   |   |
|---|---|
| <b>EPİKRİZ FORMU</b>  |   |
| Adı Soyadı :<br>Cinsiyet : Erkek<br>TC Kimlik No :<br>Bölüm / Oda / Doktor : Beyin Cerrahisi Servisi<br>Hastane Yatış Tarihi : 2010<br>Çıkış Tarihi : 2010 19<br>Hastane İşlem No :<br>Kurumu : SGK SAĞLIK İŞLERİ BÖLGE MÜDÜRLÜĞÜ<br>Mesleği :<br>Adres / Telefon : 11  | Yaş : 35<br>Doğum Yeri / Tarihi :<br>Sicil No :<br>Kart No :<br>Servis Yatış Tarihi :<br>Müracaat Saati :<br>Müracaat Saati : 10:25<br>Klinik Prot No : |
| <b>YAKINMASI</b><br>BEL AĞRISI, SOLDA BELİRGİN İKİ BACAK AĞRISI<br><b>ÖYKÜSÜ</b><br>3 SENEDİR BEL AĞRISI VE 6 AYDIR GİTİGİDE ARTAN SOL BACAK AĞRISI BAŞLAMIS, 2 AYDIR DA SAĞ BACAK AĞRISI VARMIŞ, NC+<br><b>ÖZGEÇMİŞ / SOYGEÇMİŞ</b><br>TORAKAL DEFORMİTE CERRAHİSİ<br><b>FİZİK MUAYENE</b><br>GENEL DURUM (Y), VİTAL BULGULAR STABİL<br><b>NOROLOJİK MUAYENE</b><br>SLR 45/45, MOTOR NORMAL, DTR NORMAL, BİLATERAL L4, L5 S1 HİPOESTEZİ<br><b>KLİNİK İZLEM</b><br>POST-OP KÖRSE İLE MOBİLİZE EDİLDİ, SORUNU OLMADI, YARA SORUNU OLMADI, KONTROL LSV NORMAL DEĞERLENDİRİLDİ, TEDAVİ VE UYGULAMA<br><b>CERRAHİ POSTERİOR INSTRUMENTASYON VE TOTAL KOMBRESYON</b> |   |