

GEÇİCİ İŞ GÖREMEZLİK TAZMİNAT TALEP BAŞVURU FORMU

Adım 1: Poliçe Detaylarınızın Kontrolü

Önemli Notlar

- Geçici iş göremezliğin en az 30 gün süreyle ve aralıksız olarak devam etmesi 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. Muvafakattiniz olmadan talebiniz değerlendirilememektedir.

Adım 3: Talep Edilen Evraklar

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

- Toplam maluliyet (iş göremezlik) - çalışmama süresini gösterir tıbbi rapor
- Rahatsızlığınızın teşhis ve tedavi aşamasına ilişkin tüm tıbbi kayıtlar(Epikriz raporu, tahliller vb.)
- Kaza zaptı, ifade tutanakları, (Trafik kazası ise ek olarak alkol raporu)
- Meslek statüsünü gösterir nitelikte evrak (vergi levhası vb.) ve Gelir durumunu gösteren belgeler
- Sosyal güvenlik kuruluşları tarafından verilen sosyal güvenlik tazminatlarının tevsiki
- Nüfus Cüzdanı Fotokopisi
- Sigorta kapsamındaki kredi kartına ilişkin hasar öncesi son 3 dönem ekstresi (Kredi Kartı Koruma policesi 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 yapılamadığına 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 yürüyebilmesi 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, 6698 sayılı 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;

- Tazminat başvurularının işleme konması, değerlendirilmesi ve usulsüzlüklerin önlenmesi için işlenmesine ve kullanılmasına
- 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 gayri kabili 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, başvuru 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: __/__/__

TAZMİNAT BAŞVURU BİLGİLERİ (Başvuru sahibi imzası gereklidir.)**Geçici İş Göremezlik 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 :	Teşhis önceden mevcut bir rahatsızlık <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
E-Posta Adresi :	ile ilişkili mi? :
Doğum Tarihi :	

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

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: __/__/__

Sigorta Ettiren İmza:

Tarih: __/__/__

Doktor Kaşe & İmza:

Evrak Örnekleri:

Maluliyet Süresini Gösteren Sağlık Kurulu Raporu

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI DEVLET HASTANESİ SAĞLIK KURULU RAPORU	
Rapor No : 3620 Tıpçı Kodu : Adı Soyadı : Doğum Yeri/Tarihi : Gözetim ve Çallınlık Kurumu : Sağlık No : SGK İstek Hedefi : TEDAVİ İÇİN Bilgi Edin Kurumları : İzlem No :	Rapor Tarihi : TC Kimlik No : Baba Adı : Mevcut Durumu :
Tarih : RADIUS ALT UÇ KIRICI	
Karakter : OLAN TARİHİNDEN İTİBAREN 45(GÜRK BEŞ) GÜN İSTİRAHATI UYGUNDUR İSTİRAHAT BİTİM TARİHİ TARİHİNDE KONTROLÜNE OY BİRLİĞİ İLE KARAR VERİLMİŞTİR.	
<p>Ortopedi ve Travmatoloji Uzmanı</p> <p>Ortopedi ve Travmatoloji Uzmanı</p> <p>Ortopedi ve Travmatoloji Uzmanı</p>	

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

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI Devlet Hastanesi BAŞTABIPLIĞI EPİKRİZ FORMU	Adı Soyadı : Cinsiyet : Erkek TC Kimlik No : Bölüm / Oda / Doktor : Beyin Cerrahisi Servisi Hastane Yatış Tarihi : 2010 Çıkış Tarihi : 2010 Hastane İşlem No : Kurumu : SGK SAĞLIK İŞLERİ BÖLGE MÜDÜRLÜĞÜ Mesleği : Adres / Telefon : 11	Yaş : 35 Doğum Yeri / Tarihi : Sicil No : Karne No : Servis Yatış Tarihi : Muayene Saati : Müracaat Saati : 10:25 Klinik Prot No : 1
YAKINMASI BEL AĞRISI, SOLDA BELİRGİN İKİ BACAK AĞRISI		
ÖYKÜSÜ SENEDİR BEL AĞRISI VE 6 AYDIR GİTİGİDE ARTAN SOL BACAK AĞRISI BAŞLAMIS, 2 AYDIR DA SAĞ BACAK AĞRISI VARMIS, NC +		
ÖZGEÇMİŞ / SOYGEÇMİŞ TORAKAL DEFORMİTE CERRAHİSİ		
FİZİK MUAYENE GENEL DURUM (Y), VİTAL BULGULAR STABİL		
NOROLOJİK MUAYENE SLR 45/45, MOTOR NORMAL, DTR NORMAL, BİLATERAL L4, L5 S1 HİPOESTEZİ		
KLİNİK İZLEM POST-OP KORSE İLE MOBİLİZE EDİLDİ, SORUNU OLMADI, YARA SORUNU OLMADI, KONTROL LSV NORMAL DEĞERLENDİRİLDİ, TEDAVİ VE UYGULAMA CERRAHİ BİTİRİLMİŞ ENSTRUMENTASYON VE TİTAL KOMBİNE		