

## 10. Gerekli görülen tıbbi tetkikler

### Sigortalının beyanı

Yukarıda verdiğim bilgiler eksiksiz ve doğrudur. Sigorta şirketinin bu rahatsızlığıma ilişkin ek bilgi isteme hakkı vardır.

Sigortalı adı :  
Tarih : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
İmza :

### Doktorun

Adı ve soyadı :  
Branşı :  
İmza ve kaşesi :

Model: SA 908 06/2007 300.000

### 1. Sigortalının yakınması

### 2. Yakınmaların ilk görüldüğü tarih

\_\_\_ gün, \_\_\_ ay, \_\_\_ yıl

### 3. Fiziki muayene bulguları

### 4. Bu yakınmalar ve/veya aynı hastalık nedeni ile daha önce uygulanan tetkik ve/veya tedaviler, sonuçları ve tedavinin görüldüğü sağlık merkezi

# ANADOLU SİGORTA



## SAĞLIK SİGORTASI TAZMİNAT TALEP FORMU

www.anadolusigorta.com.tr

Bu form, doktor tarafından, hastadan alınan bilgiler, fiziki muayene sonuçları ve poliklinik kayıtlarındaki bilgiler doğrultusunda eksiksiz doldurularak, fatura ve tetkik sonuçları ile beraber şirketimize gönderilecektir.

### Sigortalının,

Adı ve soyadı

Doğum tarihi

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Cinsiyeti

E  K

Kart/poliçe numarası

Sağlık kuruluşunun unvanı

Başvuru tarihi

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

### 5. Özgeçmişi (daha önce geçirdiği ameliyatlar, hastalıklar, kullandığı ilaçlar, alışkanlıkları vb.)

### 6. Soygeçmişi

### 7. Ön tanı

### 8. Tanı

### 9. Tedavi