

**Doktor Muayene Gider Bildirim Formu**

Sigortalının Dolduracağı Kısım  
SİGORTALI ADI-SOYADI:  
KART NO:  
POLİÇE NO:  
TEL:  
TARİH: ...../...../.....

Hekimin Dolduracağı Kısım  
HEKİM ADI-SOYADI:  
UZMANLIK DALI:  
TEL:  
TANI:

KASE VE İMZA

**AKSigorta****AKSigorta****İLAÇ GİDER BİLDİRİM FORMU****Sigortalının Dolduracağı Kısım**

SİGORTALI ADI-SOYADI :  
HASTANIN ADI-SOYADI :  
DOĞUM TARİHİ :  
KART NO :  
POLİÇE NO :

**Hekimin Dolduracağı Kısım**

HASTANIN ŞİKAYETİ :  
İLK BELİRTİLER  
NE ZAMAN BAŞLADI :  
ŞİKAYETİN BAŞLANGIÇ TARİHİ :  
DAHA ÖNCE AYNI HASTALIKTAN  
MUAYENE veya TEDAVİ OLDU MU? :  
MUAYENE BULGULARI :  
TANI :  
ÖNERİLEN TEDAVİ veya İŞLEM :  
HEKİM KASE ve İMZA :  
TARİH : ...../...../.....

**Aksigorta Anonim Şirketi**

Meclis-i Mebusan Cad. No: 147 Fındıklı 34427 İstanbul  
Tel.: (0212) 251 94 00 (Pbx) Faks: (0212) 252 33 96

Çağrı Merkezi **444 27 27****TANI AMAÇLI İNCELEME GİDER BİLDİRİM FORMU****Sigortalının Dolduracağı Kısım**

SİGORTALI ADI-SOYADI :  
HASTANIN ADI-SOYADI :  
DOĞUM TARİHİ :  
KART NO :  
POLİÇE NO :

**Hekimin Dolduracağı Kısım**

HASTANIN ŞİKAYETİ :  
İLK BELİRTİLER  
NE ZAMAN BAŞLADI :  
ŞİKAYETİN BAŞLANGIÇ TARİHİ :  
DAHA ÖNCE AYNI HASTALIKTAN  
MUAYENE veya TEDAVİ OLDU MU? :  
MUAYENE BULGULARI :  
TANI :  
ÖNERİLEN TEDAVİ veya İŞLEM :  
HEKİM KASE ve İMZA :  
TARİH : ...../...../.....

**Aksigorta Anonim Şirketi**

Meclis-i Mebusan Cad. No: 147 Fındıklı 34427 İstanbul  
Tel.: (0212) 251 94 00 (Pbx) Faks: (0212) 252 33 96

Çağrı Merkezi **444 27 27**

## ANLAŞMALI KURUMUN DİKKATİNE !

Hastanede yatarak tedavi görmeniz gerektiğinde, sağlık sigortanız ile ilgili herhangi bir yardıma ihtiyacınız olduğunda ya da acil tıbbi hizmet için, 365 gün 24 saat çalışan AKSIGORTA Acil Hizmet, Bilgi ve Provizyon hattını arayınız. 444 27 27

## PROVİZYON MERKEZİNDEN ONAY ALINMASI GEREKEN DURUMLAR !

- 1- Tomografi, MR, Treadmill, Myocard Perfüzyon Sintigrafisi
- 2- Gastroskopi, Klonoskopi, Brongoskopi, Laringoskopi, Anjiyografi gibi girişimsel tetkikler

### SİGORTALININ DİKKATİNE

Bu formda verdiğim tüm bilgi ve belgelerin tam ve doğru olduğunu, poliçemin şart ve limitleri gereği ekteki belgelerle gönderdiğim tedavi masraflarının AKSIGORTA A.Ş. tarafından şahsıma ödendiğini beyan ederim. Ödemeyi takip eden 15 gün içerisinde tarafımdan yazılı bir itiraz yapılmaması halinde, AKSIGORTA A.Ş.'yi bu konudaki taahhütten ibra eylediğimi kabul ederim. Gerektiği takdirde ekteki bilgileri veren doktor veya tıbbi kurumlardan ekteki bilgileri veren doktor veya tıbbi kurumlardan AKSIGORTA A.Ş.'nin her türlü bilgiyi almasına muvaffakat veririm. Ayrıca eksik doldurulmuş hasar formu veya eksik belgeler sonucu tazminat başvurularımın reddedilebileceğini kabul ederim.

İMZA:

TARİH:

### SİGORTALININ DİKKATİNE

Bu formda verdiğim tüm bilgi ve belgelerin tam ve doğru olduğunu, poliçemin şart ve limitleri gereği ekteki belgelerle gönderdiğim tedavi masraflarının AKSIGORTA A.Ş. tarafından şahsıma ödendiğini beyan ederim. Ödemeyi takip eden 15 gün içerisinde tarafımdan yazılı bir itiraz yapılmaması halinde, AKSIGORTA A.Ş.'yi bu konudaki taahhütten ibra eylediğimi kabul ederim. Gerektiği takdirde ekteki bilgileri veren doktor veya tıbbi kurumlardan ekteki bilgileri veren doktor veya tıbbi kurumlardan AKSIGORTA A.Ş.'nin her türlü bilgiyi almasına muvaffakat veririm. Ayrıca eksik doldurulmuş hasar formu veya eksik belgeler sonucu tazminat başvurularımın reddedilebileceğini kabul ederim.

İMZA:

TARİH: