

SAĞLIK SİGORTASI GİDER BİLDİRİM FORMU

Sayın Sigortalımız,

Sağlık sigortanız kapsamında, oluşan sağlık giderlerinizi "Sağlık Sigortası Gider Bildirim Formu" ekinde ulaştırmanızı rica ederiz.

Sigortalı Adı /Soyadı :
TC Kimlik No:

E-mail:
Telefon:

Hesap Sahibinin Adı Soyadı :
Banka Adı :
IBAN :

Sağlık gideri ödemeleri sistemimizde kayıtlı hesaba gönderilecektir. 18 yaşından büyük sigortalılar için hesap bilgisinin iletilmesi gerekmektedir. Hesap bilgilerinde değişiklik olması durumunda lütfen hesap bilgileri alanını doldurunuz.

SAĞLIK GİDERLERİNE AİT BİLGİLER

FATURA TARİHİ	FATURA NUMARASI	FATURA TUTARI	FATURA AÇIKLAMA
1 _____	_____	_____	_____
2 _____	_____	_____	_____
3 _____	_____	_____	_____
4 _____	_____	_____	_____
5 _____	_____	_____	_____
		TOPLAM	_____

Police genel ve özel şartları içerisinde ödeme ve ödemeyi takip eden 15 gün içerisinde tarafımdan yazılı itiraz yapılmaması halinde Eureko Sigorta'yı bu konudaki taahhüdünden ibra eylediğimi kabul ederim. Sigorta teminatı altında olan sağlık hizmetlerimin sağlık kuruluşunca yapılması halinde, doğmuş olan tazminat bedelini sağlık kuruluşuna temlik ettiğimi, söz konusu tazminat bedelinin sağlık kuruluşuna ödenmesine onay verdiğimi ve ilgili hasardan doğmuş tazminat alacağım yönünden Eureko Sigorta A.Ş. yi tüm borçlarından ibra ettiğimi, Eureko Sigorta A.Ş den faiz ya da başka bir nam altında herhangi bir talepte bulunmayacağımı, üçüncü kişilere olan talep ve dava haklarımı Eureko Sigorta A.Ş ne devrettiğimi beyan ederim.

Sigorta kapsamına girecek veya giren kişiler, işbu Sağlık Sigortası Gider Bildirim Formu ile iletilen tazminat başvurularının sonuçlandırılabilmesi amacıyla, sağlık bilgilerinin, sigortalılık kayıtlarının ve diğer bilgilerin 5684 sayılı Sigortacılık Kanunu'nun 31 / A ve 31 / B maddeleri hükmü çerçevesinde yetkili mercilerden, Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi'nden (SBM), Sosyal Güvenlik Kurumundan, Sağlık Bakanlığından, sağlık kurum ve kuruluşlarından ve diğer her türlü özel ve kamu kurumu ve kuruluşundan (savcılık, askerlik şubeleri, muhtarlıklar, İş Kur ve nüfus daireleri vs.) ve sigorta şirketlerinden edinilmesine ve şirket nezdindeki bahse konu bilgi / belge ve kayıtların SBM, reasürans şirketleri, sigorta şirketleri ve sigorta şirketlerinin bu amaçla yetkilendirdiği kurumlar, sigorta sözleşmesine aracılık eden aracılar ve asistans firmaları ile paylaşılmasına, bunlardan örnek alınması ve saklanması, çevre araştırması yapılmasına rıza göstermiş sayılır. Kurum ve kuruluşlardan talep edilen bilgi / belge ile araştırılan / ihtiyacın uyumlu ve direkt bağıнын bulunması gerekmektedir.

Sigortalı Ad-Soyadı:

İmza Tarih : / / 20.....

İşbu poliçe kapsamındaki teminatlar Eureko Sigorta A.Ş. tarafından senCard Hizmet ayrıcalığı ile sağlanmaktadır. Seri No: ES25012022

Fatura Teslim Adresi: senCard Hizmet Merkezi Küçükbakkalköy Mah. Başar Sok. No:20 34750 Ataşehir – İstanbul
Sağlık Danışma Hattı 0850 222 0 365