

Ameliyat Destek Tazminat Talep Formu

Tarih

Bu form Ameliyat Destek teminatı için kullanılmaktadır.

Bölüm A. Sigortalı Beyanı

Bu form sigortalı tarafından veya akli melekeleri yerinde değilse tam olarak yetkilendirilmiş vasisi tarafından doldurabilir.

Sigortalı Bilgileri

Adı Soyadı			
T.C. Kimlik No.		Doğum Tarihi	
Cep Telefonu No.		Police No	

Banka Bilgileri

Banka / Şube Adı			
IBAN Numarası	TR		
Hesap Sahibinin Adı Soyadı*			

* Banka hesabının sigortalıya ait olması gerekmektedir.

Sigortalının Ameliyatı ile İlgili Bilgiler

Ameliyatın Sebebi	Kaza ☐ Hastalık ☐	Şikayetlerin Başlama Tarihi	
İlk Doktora Gidiş Tarihi			
Tedavi Eden Doktor Ad Soyad & İletişim Bilgileri			

İşbu başvuru formu ile kendim hakkında bilgi ya da kayıt sahibi herhangi bir doktoru, hastaneyi, kliniği, sigorta şirketini ya da başka bir kurumu, kuruluşu ya da kişileri, sigortalı olan benim rahatsızlık ve hastalıklarım, teşhislerim, her türlü tetkik sonuçlarım, tedavilerim, ameliyatlarım dahil olmak üzere tüm tıbbi geçmişim hakkında tüm bilgileri **MetLife Emeklilik ve Hayat A.Ş.'ye** veya **MetLife tarafından yetkilendirilmiş kişi ve kurumlara** vermeye yetkili kılarım. Bu formun tamamlanmış versiyonunun fotokopisi, alınan yetki açısından orijinali kadar geçerlidir.

Kişisel Verilerin Korunması Kapsamında Açık Rıza Onayı

MetLife Emeklilik ve Hayat A.Ş.'ye bildirmiş olduğum sağlık bilgilerim gibi özel nitelikli olanlar da dahil olmak üzere tüm kişisel bilgilerimin elde edilmesini, toplanmasını, kaydedilmesini, depolanmasını, muhafaza edilmesini, değiştirilmesini, yeniden düzenlenmesini, açıklanmasını, devralınmasını, sınıflandırılmasını, işlenmesini, gerekirse MetLife tarafından anonim hale getirilmesini, yurtiçi ve yurtdışı da dahil olmak üzere MetLife Grup Şirketleri ile MetLife Grup Şirketlerine karşı gizlilik mükellefiyeti olan danışman, broker, reasürör, hizmet sağlayıcı ve acenteler gibi üçüncü partilerle ve gerektiğinde resmi kurumlar ile paylaşılmasını ve hem MetLife hem de söz konusu taraflarca Kişisel Bilgilerin Korunması Hakkında Bilgilendirme hükümlerine göre işlenmesini kabul ediyorum.

Kabul Ediyorum	Kabul Etmiyorum
İmza:	İmza:

Bölüm B. Doktor Beyanı

Hastayı tedavi eden doktorun formu detaylı olarak ve tüm sorulara cevap vererek tazminat talebinin değerlendirilmesinde yardımcı olur.

Sigortalının Ameliyatı ile İlgili Bilgiler

Sigortalının Adı Soyadı	
Ameliyat Nedeni	Kaza ☐ Hastalık ☐
Ameliyat Oluşma Sebebi bunlardan biri ise işaretleyiniz.	Estetik / Kozmetik ☐ Konjenital /doğuştan gelen ☐ Obezite ☐ Infertilite / Kısırlık ☐
İlk Şikayetlerin Başlama Tarihi	
İlk Doktora Gidiş Tarihi	
Sigortalıyı İlk Görüş Tarihiniz	

1. Şikayetler, semptomlarını belirtiniz.

2. Teşhis ve prognozunu belirtiniz.

3. Tedavi sürecini belirtiniz.

Tarih	
Doktorun Adı Soyadı	
İletişim Bilgileri (Kurum Adı-Telefon)	
İmza / Kaşe	

Ameliyat Destek Tazminat Evrak Listesi

1. Sigortalı ve ameliyatı gerçekleştiren doktor tarafından eksiksiz olarak doldurulmuş olan Ameliyat Destek Tazminat Talep Formu,
2. Tedavi, ameliyat raporları ve tetkik sonuçları,
3. Detaylı epikriz,
4. Sigortalı kimlik fotokopisi,
5. Sigorta şirketinin isteyebileceği diğer belgeler.