RAY SİGORTA
VIENNA INSURANCE GROUP

# SAĞLIK SİGORTASI GİDER BİLDİRİM FORMU

Sayın Sigortalımız,
Sağlık sigortanız kapsamında, anlaşmalı kurumlarımız dışında oluşan sağlık giderlerinizi "sağlık sigortası gider bildirim formu" ekinde ulaştırmanızı rica ederiz.

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Sigortalının Adı-Soyadı** | | **E-mail** | |
| **T.C. Kimlik No** | | **Telefon** | |
| **Sigortalı No** | | | |

Daha önce hesap numarası bildirmediyseniz veya hesap numarınızın değişmesini istiyorsanız bu bölümü doldurunuz.

| | |
|---|---|
| **Hesap Sahibinin Adı-Soyadı** | |
| **IBAN** | |
| **Banka / Şube Adı / Kodu** | |

## FATURA BİLGİLERİ

| Fatura No | Fatura Tutarı |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

## İBRANAMEDİR

Ben, aşağıdaki imza sahibi.....
Sağlık sigortası poliçemin şart ve limitleri gereği teminat altındaki masraflarımın tazminatı olarak yukarıda yazılı ..... TL.....Kr'un Sigortacı tarafından şahsıma ve/veya aşağıda bilgileri ve imzası bulunan şahsa ait, şirketinizde kayıtlı hesap numarasına nakden ve tamamen ödendiğini beyan ve ikrar ederim. Sigortacı'ya verdiğim bilgilerin doğruluğu ve güncelliği hususunda sorumluluk şahsıma aittir. Sağlık sigorta poliçesi kapsamında gördüğüm tedavi dolayısıyla, tâbi bulunduğum sosyal güvenlik kurumuna ve/veya üçüncü kişilere karşı sahip olduğum tüm talep ve dava haklarımı, Sigortacı'nın ödeyeceği tutar ile sınırlı olmak üzere, Sigortacı'ya, Türk Borçlar Kanunu'nun 183. ve devamındaki maddelerde düzenlenen alacağın temliki hükümleri çerçevesinde gayrıkabilirücu olarak temlik ettiğimi beyan ve taahhüt ederim. İşbu temlik işleminin herhangi bir sebeple hüküm doğurmaması halinde Sigortacı, işbu talebe konu tazminat tutarının sağlık kurumuna ödendiği anda TTK m.1472 uyarınca, Sosyal Güvenlik Kurumu'na ve/veya üçüncü kişilere karşı sahip olduğum talep ve dava haklarına halef olacak ve Sosyal Güvenlik Kurumu'na ve/veya üçüncü kişilere rücu edebilecektir. Sigortacı'nın risk ve tazminat değerlendirmesi yapabilmesini teminen; sağlık sigorta sözleşmesinin kapsamını (yeniden sözleşme yapılması, risk ve tazminat değerlendirmesi, tazminat ödemesi v.b.) ilgilendiren bütün konularda ve tüm sigortalılar için, sigortalıyı tedavi eden kişi ve kurumlardan, Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi'nden, Sosyal Güvenlik Kurumu'ndan ve Sağlık Bakanlığı'ndan sigorta şirket(ler)i ve/veya reasürans şirket(ler)i ve bununla sınırlı olmamak üzere diğer ilgililer ile Sigorta Ettiren ve Sigorta Ettiren tarafından Sigortacı'ya bildirilen kişi ya da kişiler, sigorta sözleşmesine aracılık eden acente/broker personeli ve Sigorta Ettiren'in İnsan Kaynakları Departmanı'nda görevli veya Sigorta Ettiren'in sigortacılık işlemlerini yürütmekle görevli departmanda çalışan personel ile doğrudan doğruya ya da dolaylı olarak, her türlü bilgi ve belge alışverişi yapabilmesine, kişiye özel bilgilerin öğrenilebilmesine (yanlış sigorta uygulamaları dahil) ve/veya paylaşabilmesine, ayrıca Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi'nin bu şekilde sigorta sözleşmeleri görüşmeleri ve sözleşme süresi içerisinde şahsım için toplayacağı her türlü bilgi ve belgenin paylaşılmasına, şahsım ve bağımlılarımın bilgilerinin elektronik ortam üzerinde birbirlerince görüntülenebilmesine, muvafakat ettiğimi ve tüm bu hususlarda bilgi ve belge temin edebilmesi bakımından Sigortacı'ya yetki verdiğimi, kabul ve beyan ederim.

Sigortalının Adı-Soyadı-İmzası

Tarih : ..... / ..... / 20.....

**Ray Sigorta A.Ş.**
Genel Müdürlük: Cumhuriyet Mahallesi Haydar Aliyev Caddesi No: 28 Sarıyer / İSTANBUL • 34457
Tel: 0212 363 25 00 • Faks: 0212 299 48 49 • www.raysigorta.com.tr • info@raysigorta.com.tr
Vergi Dairesi: Büyük Mükellefler • Vergi Numarası: 734 003 97 98 • Mersis No: 0734 – 0039 – 7980 – 0033 • Ticaret Sicil No: İstanbul / 297257