



Sağlık durumunuz ve tedaviniz hakkında bilgi verebilecek doktorların adlarını, adreslerini ve telefon numaralarını ve hangi tarihlerde kendilerine başvurduğunuzu yazınız.

Tarih	Doktor / Kurum Adı	Adres	Telefon

## Sigortalı ve Poliçeleri ile İlgili Bilgiler

Poliçeler	Poliçe No	Poliçe No

Kişisel Bilgiler	Adı ve Soyadı	T.C. Kimlik No
	Doğum Tarihi	Vergi Kimlik No (yabancı uyruklular için)
	Ev Tel. No	İş Tel. No
	Cep Tel. No	Faks No
	Adresi	

Banka Bilgileri	Banka Adı	Şube Adı
	Hesap No	

Yukarıda verdiğim bilgilerin doğru olduğunu, bu formun tazminat talebine esas teşkil edeceğini beyan ve kabul ederim.

İmza	Tarih	İmza

## Tazminat Talebinin Değerlendirilmesi için Gerekli Belgeler:

- Sigortalı tarafından doldurulan ıslak imzalı Maluliyet Tazminatı Talep Formu,
- Sigortalının önlü arkalı çekilmiş nüfus cüzdanı fotokopisi,
- Maluliyet kaza sonucu meydana gelmişse, kazanın ne zaman ve ne şekilde olduğunu izah eden kaza zaptı veya olay tespit tutanağı (asıl veya veren kurum tarafından onaylı fotokopisi),
- Maluliyet hastalık sonucu meydana gelmişse, hastalığın niteliğini, ne zaman ve hangi şikayetlerle başladığını içeren detaylı doktor raporu (asıl veya veren kurum tarafından onaylı fotokopisi),
- Maluliyetin hangi uzuvda olduğunu ve maluliyet derecesini bildiren SSK veya Devlet Hastanesi Heyet Raporu (asıl veya veren kurum tarafından onaylı fotokopisi),
- Tazminat talebinin değerlendirilmesi aşamasında, gerekli görüldüğü takdirde ek bilgi ve / veya belgeler talep edilebilir.