

ANLAŞMALI KURUM
SAĞLIK SİGORTASI İBRANAMESİ

Sigortalı

Kart No :

Adı,Soyadı : Anlaşmalı Kurum Adı :

Adres : Provizyon No :

Tel : Kimlik Kontrol :

YATIRAK TEDAVİ TEMİNATLARI	TEMİNAT %	FATURA TUTARI	ŞİRKET PAYI	HASTA PAYI
HASTANE HİZMETLERİ (AMELİYAT-YATIŞ)				
DOĞUM / AİLE PLANLAMASI				
AYAKTA TEDAVİ TEMİNATLARI				
DOKTOR MUAYENE				
İLAÇ				
TEŞHİS YÖNTEMLERİ				
TEDAVİ				
DİŞ TEDAVİ				
DİĞER				
TOPLAM				

Sağlık Sigortası Poliçemin teminatları dahilindeki sağlık hizmetleri karşılığının.....TL
.....Kr olarak alacaklısına ödenmesi ile Yapı Kredi Sigorta A.Ş.'ni ibra ettiğimi, sağlık bilgilerimi tüm
kişi ve kuruluşlardan almaya yetkili kıldığımı kabul ve beyan ederim.

Adı Soyadı :

İmzası :

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