

KOMPLİKASYON VE SEYAHAT SAĞLIK SİGORTASI DESTEĞİ BAŞVURU FORMU (EK-7A)**1. BAŞVURU SAHİBİ İLE İLGİLİ BİLGİLER**

Unvan	
Vergi Dairesi/ Vergi No	
Kuruluş Türü*	
Telefon, Faks ve E-posta	
Adres	
IBAN No (TL)	
İrtibat Kurulacak Kişi (Adı, Soyadı ve Haberleşme Bilgileri)	

2.HARCAMAYA İLİŞKİN BİLGİLER

No	Hasta Adı ve Soyadı	Uyruğu	Tedavi Olunan Sağlık Kuruluşu	Poliçe Türü**	Poliçeyi Düzenleyen Kuruluş	Poliçe Tarihi	Tedavi Tarihi	Poliçe Ödeme Belgesi Tarihi	Tutar

TOPLAM

Sağlık Turizmi Aracı Kuruluşu Yetkilisi

..... / / 20....

Kaşe İmza

Sağlık Kuruluşu Yetkilisi

..... / / 20....

Kaşe İmza

* Sağlık kuruluşu mu, sağlık turizmi aracı kuruluşu mu olduğu bilgisi

**Komplikasyon veya Seyahat Sağlık Sigortası

Sağlık turizmi aracı kuruluşu tarafından başvuru yapılması durumunda, ilaveten hastanın tedavi olduğu sağlık kuruluşunu temsile yetkili kişilerce, hastanın/hastaların söz konusu giderlerine ilişkin sağlık kuruluşunca ayrıca bir başvuru yapılmayacağını taahhüt eder nitelikte kaşelenir ve imzalanır.

Bu form elektronik ortamda doldurulacaktır.