

# Tazminat Talep Formu

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

## Tazminat Talebinin İlişkin Olduğu Teminat

### Ferdi Kaza

- Vefat  
 Maluliyet  
 Tedavi Masrafları

### Fatura Koruma

- İşsizlik  
 Geçici İş Göremezlik  
(Kaza ve Hastalık Sonucu)

**Police Numarası:** \_\_\_\_\_

**Sigortalının Adı Soyadı:** \_\_\_\_\_

**Sigortalının T.C. Kimlik Numarası:** \_\_\_\_\_

**Tazminatın Konusu:** \_\_\_\_\_

İşbu talep formu ile;

- Yukarıdaki beyan ettiğim bilgilerin ve ekteki liste çerçevesinde sunacağım belgelerin doğruluğunu ve tazminat talebimin söz konusu beyanlarım ve sunacağım belgeler doğrultusunda yapılacağını, bu beyan ve belgelerin eksik, hatalı veya doğru olmaması durumunda, Şirketinizin kanun ve/veya sözleşmeden kaynaklanan haklarını kullanmakta serbest bulunduğunu,
- Şirketinizin hasar sürecinde ekli listede istediği bilgi ve belgelerin asgari bilgi ve belge olup, Şirketiniz tarafından hasarın miktar ve oluş şekline göre ilave bilgi ve belge talep edilebileceğini,
- Tazminat talebimize konu işbu formun Şirketinizce kabulü ve buna ilişkin Şirketinizce bir hasar dosyasının açılması; Sigortalı olarak tazminat talebi ekinde verdiğim bilgi ve özellikle tazminata esas olacak ödeme belgeleri, fatura gibi belgelerin Şirketinizce kabul edilmesini, hiçbir şekilde Şirketimizin tazminat talebini kabul ettiği ve poliçesi kapsamında ödeme yapacağı anlamına gelmediğini,
- Sigortalı rizikonun gerçekleşme nedenlerini ayrıntılı bir şekilde belirlemeye ve zarar miktarına ilişkin tüm delilleri, Şirketimize en kısa zamanda ibraz etmekle yükümlü olduğumu,
- Şirketinizin, ancak tazminat talebi ve ekinde yer alan bilgi ve belgelerin ibrazını müteakip yapacağı değerlendirme ile Poliçe genel ve özel şartları çerçevesinde karara vereceğini,

peşinen kabul, beyan ve taahhüt eder, imzama tasdik ederim.

**Ad Soyad:** \_\_\_\_\_

**Adres:** \_\_\_\_\_

**Telefon:** \_\_\_\_\_

**İmza:** \_\_\_\_\_

**Not:** Poliçeniz ve tazminat talebinizle ilgili her türlü bilgi için 444 0 223 no'lu telefondan Chubb'i arayabilirsiniz.