

# TAAHHÜTNAME

Kurumunuz Genel Sağlık Sigortalısıyım. (bakmakla yükümlü olduğum ..... ) Hastalığım nedeniyle Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü Olur'u gereğince yurt dışında tedavim yapılacaktır.

5510 sayılı yasa uyarınca, Genel Sağlık Sigortası Yönetmeliği ve Sağlık Uygulama Tebliğinin, Türkiye'de tedavinin mümkün olmaması nedeniyle yurt dışında sağlanacak sağlık hizmetleri maddesi esaslarına göre sevkime ait yol, gündelik ve refakatçi gideri karşılığı, her tedavim için tarafıma ödenen avansların mahsup işlemleri sonucunda oluşacak Kurum alacağını ve yersiz ödeme yapıldığının anlaşılması durumunda meydana gelecek mali, cezai ve hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi taahhüt eder, gereğini arz ederim.

Adı-Soyadı

İmza/Tarih

## **SİGORTALIYA AİT BİLGİLER:**

ADI SOYADI : .....

SİCİL/TAHSİS NO : .....

T.C. KİMLİK NO : .....

## **BAKMAKLA YÜKÜMLÜ OLUNAN KİŞİYE AİT BİLGİLER:**

ADI SOYADI : .....

T.C. KİMLİK NO : .....

YAKINLIĞI : .....

ADRES : .....

TELEFON NO : .....

T.C.  
**SOSYAL GÜVENLİK KURUMU BAŞKANLIĞI**  
**Ankara Sosyal Güvenlik İl Müdürlüğü**  
**Bahçelievler Sağlık Sosyal Güvenlik Merkezine**

Yurt dışında ...../...../..... tarihindeki kontrol tedavime refakatçim ile birlikte ...../...../..... tarihinde gittik ...../...../..... tarihinde tedavime başlandı ve ...../...../..... tarihinde tedavim tamamlandı. Bir sonraki kontrol tedavimin için ...../...../..... tarihine randevu verildi. ....../...../..... tarihinde ülkemize döndük.

Bu itibarla, daha önce tarafıma avans olarak ödenen ..... uçak biletleri ve gündeliklerimin düşülerek tarafıma borcum yada alacağım hakkında bilgi verilmesini hususunda gereğini bilgilerinize arz ederim.

...../...../.....  
Ad-Soyad

Adres:.....  
.....  
.....

T.C: .....  
Tel: .....

Ek:  
1- Uçak bilet asılları (.... adet)  
2- Hasta ve refakatçiye ait pasaport giriş çıkış sayfası fotokopisi (..... sayfa)

**T.C.**  
**SOSYAL GÜVENLİK KURUMU BAŞKANLIĞI**  
**Ankara Sosyal Güvenlik İl Müdürlüğü**  
**Bahçelievler Sağlık Sosyal Güvenlik Merkezine**

Yurt dışında ..... hastanesinde  
...../...../..... tarihinde başlayacak olan tedavime refakatçim ile birlikte  
gideceğimden tarafıma harcırah avansı verilmesini arz ederim

...../...../.....  
Ad-Soyad

Adres:.....  
.....  
.....

T.C:.....  
Tel:.....

**KONSOLOSLUK HESAP BİLGİLERİ**