..... SİGORTA A. Ş. GENEL MÜDÜRLÜĞÜ’NE

Halihazırda .... (sağlık kurumunda/kuruluşunda) görev yapmakta olan hekimim/.... uzman hekimiyim.

... Sigorta şirketiniz ile yapmış olduğum .... başlangıç, .... bitiş tarihli ..... nolu Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası poliçemin yenilenmesi (ya da şirketinizle Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası yaptırmak) için sözlü taleplerime karşın, çeşitli bahaneler ileri sürülerek 1219 sayılı Yasa uyarınca yaptırılması zorunlu olan sigorta poliçem düzenlenmemektedir.

Bildiğiniz gibi 5684 sayılı Sigortacılık Kanunu’nun 13.maddesi uyarınca sigorta şirketlerinin, kural olarak faaliyet gösterdiği sigorta branşlarının kapsamında bulunan zorunlu sigortaları yapmaktan kaçınması söz konusu olamaz. Bu etik ve yasal yükümlülüğün yerine getirilmemesi, şirketiniz yönünden ruhsat iptaline varabilecek yükümlülük ihlalidir.

Bu durumu hatırlatarak, sigorta poliçemin, önceki sigorta poliçemin bitiş tarihi/şirketinize sözlü başvuru yaptığım tarih olan .... tarihinden itibaren geçerli olmak üzere düzenlenmesini talep eder, aksi takdirde 1219 sayılı Yasa’da öngörülen idari para cezası ve/veya sigorta kapsamında doğan bir tazminat yükü dolayısıyla benim veya hastalarımın uğrayacağı maddi zararın tarafından tahsili için hukuksal girişim başlatacağımı bilgilerinize sunarım.

**İletişim bilgileri Dr. .....**

Adres : (TC Kimlik no: .....)

e-posta adresi : İmza

Telefon no :