

Grup Sağlık Sigortası Başvuru Formu

AKSigorta

Plan/Kategori:.....

Lütfen bu formdaki tüm bilgilerin eksiksiz olarak doldurulduğundan emin olunuz.

Şirket	Doğum Tarihi / /	Yaşadığı İl
Personel Adı Soyadı	İşe Giriş Tarihi / /	Cinsiyeti Kadın ☐ Erkek ☐
İş Tel.	GSM	Ev Tel.
Faks	E-Posta	Meslek
		Çocuk Sayısı
Tazminat Ödemeleriniz için Banka Adı / Şube Adı / Hesap No		
Banka Adı	Şube Adı, İli ve Kodu	IBAN Numarası
Hesap Sahibi Adı Soyadı	Departman No/Sicil No	

Sağlık Sigortası Kapsamına Alınacak Personel ve Aile Bireylerinin

Yakınlık Derecesi	Adı Soyadı	Doğum Tarihi	Cinsiyet	Boy/Kilo	TC Kimlik No*
Personel		/...../.....	Kadın ☐ Erkek ☐	Boy.....cm Kilo.....kg	
Risk Analizi**					
Eş		/...../.....	Kadın ☐ Erkek ☐	Boy.....cm Kilo.....kg	
Risk Analizi**					
1. Çocuk		/...../.....	Kadın ☐ Erkek ☐	Boy.....cm Kilo.....kg	
Risk Analizi**					
2. Çocuk		/...../.....	Kadın ☐ Erkek ☐	Boy.....cm Kilo.....kg	
Risk Analizi**					
3. Çocuk		/...../.....	Kadın ☐ Erkek ☐	Boy.....cm Kilo.....kg	
Risk Analizi**					

* Yabancı uyruklular için de T.C. Kimlik Numarası yazılmalıdır.

** Bu bölüm sigorta şirketi tarafından doldurulacaktır.

Bir Önceki Sağlık Sigorta Şirketiniz / Poliçenize Ait Bilgi ve Belgeler İletilmelidir.

Şirketimizde ya da başka bir Sigorta Şirketi tarafından düzenlenen özel sağlık sigorta poliçeniz var mı? Evet ☐ Hayır ☐

Cevabınız evet ise; aşağıdaki soruları yanıtlayınız.

Bir Önceki Sigorta Şirket Adı:

Sigortalı Adı Soyadı	Poliçe Numarası	İlk Giriş Tarihi	Bitiş Tarihi
Fert			
Eş			
Çocuk			
Çocuk			

Lütfen arka sayfayı da eksiksiz olarak doldurunuz.

Sigortalı Adaylarının Sağlık Beyan Formu

Siz ve/veya sigorta kapsamına alınacak olan aile bireylerinde aşağıda belirtilen hastalıklar veya bu hastalıklar dışında herhangi bir şikayeti olan var mı? Tedavi görüyor mu? Herhangi bir teşhis/tanı konuldu mu?

Evet ☐ Hayır ☐

1. Romatizmal kalp hastalığı
2. Kalp-damar hastalığı
3. Hipertansiyon ve yüksek kolesterol
4. Diabet (Şeker hastalığı)
5. Kanser, kist, tümör
6. Böbrek ve idrar yolu rahatsızlıkları
7. Nörolojik ya da psikiyatrik rahatsızlıklar
8. Kan hastalıkları ve pıhtılaşma bozuklukları
9. Kas, bağ, kemik ve eklem hastalıkları
10. Sırt, boyun ve bel ile ilgili hastalıklar
11. Jinekolojik hastalıklar (Yumurtalık kisti, miyom, rahim hastalıkları vb.)
12. Felç, beyin kanaması, epilepsi
13. Endokrin (hormonal) bozukluklar (guatr, hipofiz vb.)
14. Solunum sistemi hastalıkları (astım, bronşit,verem vb.)
15. Sindirim sistemi hastalıkları (Mide, karaciğer, bağırsak vb.)
16. Doğumsal ve kalıtsal hastalık, deformite
17. Deri ya da lenf bezi hastalıkları
18. Fıtıklar (Göbek, kasık, mide vb.)
19. Duyu organları ile ilgili hastalıklar
20. Meme Hastalıkları
21. Prostat Hastalıkları
22. Diğer (Hastalık veya kaza durumları)

1. Yanıtınız "EVET" ise lütfen aşağıdaki bölümü doldurunuz.

Sigortalı Adayı Adı Soyadı	Hastalık /Şikayet veya Teşhis/ İlk Teşhis Tarihi	Uygulanan Tanı ve Tedavi Yöntemleri / Tarihler	Son durumunuzu lütfen detaylı olarak açıklayınız.

2. Siz ve/veya sigortalananacak aile bireyleriniz sigara, alkol veya keyif verici madde kullanıyor mu?

(Evet ise, lütfen kullanım oranını belirtiniz.)

Evet ☐ Hayır ☐

Sigortalı Adayı Adı Soyadı _____

Sigara _____ yıldır, _____ günde _____ adet. Alkol _____ yıldır, _____ günde _____ kadeh

3. (Bayanlar için) Şu anda hamile misiniz?

Evet ☐aylık hamileyim.

Hayır, hamile değilim. ☐

Düşük Yaptınız mı? Düşük Sayısı _____ Doğum Sayısı _____ Normal/Sezeryan _____ Çocuk Sayısı _____

1- Sigorta ettiren olarak başvuru formunda adı geçen sigortalı aday kişiler adına Sağlık Genel ve Özel Şartlarını okuduğumu ve başvuru formunu eksiksiz ve gerçeğe uygun olarak doldurduğumu, yukarıdaki sorulardan "EVET" veya "HAYIR" olarak işaretlemediğim soruların bulunması durumunda, bu sorunun cevabının "HAYIR" olarak anlaşılması gerektiğini kabul ve taahhüt ederim.

2- Bu formun doldurulması ile Aksigorta A.Ş. tarafından sigortalanmış sayılmadığımı, şirketin, başvuruyu kabul etme zorunluluğunun olmadığını, başvuruyu kabul etmeden önce sağlık durumum ile ilgili ek belge/bilgi istenmesini veya masrafları tarafıma karşılanacak incelemeler yapılmasını gerekli görebileceğini, başvuru formunun kabul edilip düzenlenmesi ve prim ödenmesinden sonra sigorta teminatının yürürlüğe gireceğini kabul ederim.

3- Başvuru formumun kabulü halinde, beyanda bulunduğum tüm hususlar hakkında AKSİGORTA'yı doktor, sağlık kuruluşları, sigorta şirketleri ya da idari ve resmi tüm kuruluşlardan bilgi almaya ve vermeye yetkili kıldığımı, farklı bir bilgi alınması durumunda, Şirketin bilmesi gereken herhangi bir hususu gizlediğim ya da formda eksik veya hatalı bilgi verdiğim takdirde, Türk Ticaret Kanunu ve Sağlık Sigortası Genel Şartları uyarınca, bu hususun tazminat talebinin reddi ve sigorta poliçesinin iptaline neden olacağını bilmekle doğru beyan verdiğimi kabul ve taahhüt ederim.

4- Teminat kapsamındaki tazminat taleplerimin banka hesap numarama havale edilmesi ile Aksigorta A.Ş.'yi bu konudaki taahhüdünden ibra eylediğimi beyan ve tasdik ederim.

Sigortalı Adı Soyadı

İmza

Tarih