

# Personel Ailesi Grup Sağlık Sigortası Başvuru Formu

BU BAŞVURU FORMUNUN, SADECE ŞİRKET PERSONELİ AİLESİ TARAFINDAN DOLDURULMASI RİCA OLUNUR

Şirketi:..... Yaşadığı İl:..... Kategorisi:.....

Personel Adı-Soyadı:..... Bağımlı Adı-Soyadı:..... Yakınlık Derecesi:.....

TC Kimlik No[\*]:              Mestegi:..... Cinsiyeti: Erkek  Kadın

[\*] Yabancı uyruklularda Vergi Kimlik No yazılmalıdır. Doğum Tarihi:...../...../.....

1. Boy:.....cm. Kilo:.....kg.

2. Şu an herhangi bir sağlık sorununuz var mı, tıbbi takip veya tedavi altında mısınız?

Evet  Hayır

Yanıtınız 'Evet' ise aşağıda açıklayınız:

3. İlaç kullanıyor musunuz? Yanıtınız 'Evet' ise tedavi görülen kurumun, doktorun, ilacın adını ve miktarını belirtiniz.

Evet  Hayır

4. Herhangi bir sağlık sorunu nedeniyle tedavi gördünüz mü veya kaza geçirdiniz mi?

Evet  Hayır

Ne zaman? Tedavi ayrıntıları ve sonucu (örneğin; tedavi edildi mi, devam ediyor mu, ileri bir tarihte tedavi önerildi mi?)

5. Hastaneye yatırdınız mı? Yanıtınız 'Evet' ise hastane adı, zamanını, yatış nedenini belirtiniz.

Evet  Hayır

6. Ameliyat oldunuz mu? (Yatışınızla ilgili son gördüğünüz tedavi ve tarihi, ameliyat raporu, sikis epikrizi, patoloji sonucunu formun ekinde gönderiniz.) Yanıtınız 'Evet' ise açıklayınız.

Evet  Hayır

7. Herhangi bir tetkik yaptırdınız mı? Yanıtınız 'Evet' ise rahatsızlık, şikayetinizi açıklayınız. (Kan, idrar tahlili, EKG, röntgen, MR, tomografi, ultrasonografi, sintigrafi, mamografi, biyopsi, anjiyografi, gastraskopi, kolonoskopi, bronoskopi vb. tetkik sonuçlarını formun ekinde gönderiniz.)

Evet  Hayır

8. Aşağıdaki hastalıkları geçirdiniz mi veya bunlarla ilgili herhangi bir şikayet ya da rahatsızlığınız var mı?  
Aşağıdaki sorulara verdiğiniz 'Evet' yanıtı ile ilgili olarak teşhis, tedavi, süre, tedavi eden doktor, hastane adları ve şu anki durumunuz ile ilgili ayrıntılı açıklama yapınız.

1- Romatizmal kalp hastalığı ve diğer kalp-damar hastalıkları Evet  Hayır

2- Hipertansiyon Evet  Hayır

3- Diyabet (şeker hastalığı) Evet  Hayır

4- Kanser Evet  Hayır

5- Böbrek rahatsızlıkları ve idrar yolları rahatsızlıkları (İdrar kaçırma, böbrek yetmezliği, tek böbreklilik, taş, nefrit vb.) Evet  Hayır

6- Nörolojik ya da psikiyatrik rahatsızlıklar Evet  Hayır

7- Kan hastalıkları Evet  Hayır

8- Kas, bağ ve kemik hastalıkları Evet  Hayır

9- Sırt, boyun ve bel ile ilgili hastalıklar Evet  Hayır

10- Felç, beyin kanaması Evet  Hayır

11- Endokrin (hormonal) bozukluklar (guatr vb.) Evet  Hayır

12- Solunum sistemi hastalıkları (Astım, bronşit, verem, nefes darlığı, kronik burun tıkanıklığı, sinüzit vb.) Evet  Hayır

13- Sindirim sistemi hastalıkları (safra kesesi, mide kanaması, mide ülseri, gastrit ülseratif kolit, karaciğer hastalıkları, bağırsak hastalıkları vb.) Evet  Hayır

14- Doğumsal ve kalıtsal hastalık deformite Evet  Hayır

15- Deri ya da lenf bezi hastalıkları

Evet

Hayır

16- AIDS ve HIV

Evet

Hayır

17- Duyu organları ile ilgili hastalıklar

Evet

Hayır

18- Gözlük ya da lens kullanıyor musunuz?

Evet

Hayır

19- 18 yaşını doldurmuş erkekler için:

Evet

Hayır

a) Askerlik yapmanızı engelleyen sağlık sorununuz var mı?

Evet

Hayır

b) Prostat hastalıkları

Evet

Hayır

20- Bayanlar için:

Evet

Hayır

a) Kadın hastalıkları [yumurtalık kisti, miyom, rahim hastalıkları vb.]

Evet

Hayır

b) Şu an hamile misiniz?

Evet

Hayır

c) Düşük yaptınız mı?

Evet

Hayır

Kaç Haftalık

Kaç defa

## YANITLAR

Hastalık No	Açıklama
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

9-Yukarıda belirtilenler dışında, doktora başvurmanıza neden olan herhangi bir sağlık sorununuz var mı? Yanıtınız 'Evet' ise aşağıda açıklayınız.

Evet

Hayır

10-Başka sağlık sigortanız var mı?

Evet

Hayır

Yanıtınız Evet ise Sigorta Şirketi..... Vadesi..... Poliçe No.....

- 1- Bu başvuru formunda verdiğim bilgilerin doğru ve tam olduğunu ve bu başvuruya göre tanzim edilecek poliçeyi esas alarak tazminat talebinde bulunabileceğimi.
- 2- Bu formun doldurulması ile Aksigorta A.Ş. tarafından sigortalanmış sayılmadığımı, şirketin başvuruyu kabul etme zorunluluğu olmadığını, başvuruyu kabul etmeden önce sağlık durumu ile ilgili ek belge/bilgi istemesini veya masrafları tarafımda karşılanacak incelemeler yapılmasını gerekli görebileceğini, başvuru formunun kabul edilip poliçenin düzenlenmesi ve prim ödenmesinden sonra sigorta teminatının yürürlüğe gireceğini,
- 3- Bu teklifname ile oluşabilecek sigorta sözleşmesinin Özel Şartları ile teminat kapsamını,
- 4-Teminat kapsamındaki tazminat taleplerimin banka hesap numarama havale edilmesi ile Aksigorta A.Ş. yi bu konudaki taahhüdünden ibra eylediğimi,
- 5-Önceden var olan ancak beyan edilmeyen rahatsızlıkların tedavileri ile ilgili giderlerin sigorta teminatı kapsamına girmediğini,
- 6-Yukarıdaki bilgiler ile birlikte kendim hakkında bilgi sahibi olan hekimler, sağlık kuruluşları, sigorta şirketleri ya da diğer kişi ve kuruluşlardan sağlık durumu ile ilgili her türlü kayıtları görmek için Aksigorta A.Ş. ye yetki verdiğimi beyan ve tasdik ederim.

Tarih...../...../.....

Sigorta Ettirenin / Sigortalı Adı-Soyadı ve İmzası

## RİSK DEĞERLENDİRİLMESİ

Bu bölüm sigorta şirketi tarafından doldurulacaktır.