

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

Evet Hayır

12- Solunum sistemi hastalıkları

Evet Hayır

(astım, bronşit, verem, nefes darlığı, kronik burun tıkanıklığı, sinüzit vb.)

13- Sindirim sistemi hastalıkları (safra kesesi, mide kanaması, mide ülseri,

Evet Hayır

gastriit ülseratif kolit, karaciğer hastalıkları, bağırsak hastalıkları vb.)

14- Doğumsal ve kalıtsal hastalık, deformite

Evet Hayır

15- Deri ya da tenf 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:

a) Askerlik yapmanızı engelleyen sağlık sorununuz var mı?

Evet Hayır

b) Prostat hastalıkları

Evet Hayır

20- Bayanlar için:

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 açıklayınız.

Evet Hayır

10-Baska 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 durumum ile ilgili ek belge/bilgi istenmesini veya masrafları tarafımda karşılanacak incelemeler yapılmasını gerekli görebileceğimi, başvuru formunun kabul edilip poliçenin düzenlenmesi ve prim ödenmesinden sonra sigorta tminatının yürürlüğe gireceğini,

3- Bu teklifname ile oluşabilecek sigorta sözleşmesinin Özel Şartları ile teminat kapsamını,

4-Teminat kapsamındaki tazminat taleplerimin banka hesap numarama havale edilmesini 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 durumum 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 dolduracaktır.