



Lütfen bu formdaki tüm bilgilerin eksiksiz olarak doldurulduğundan emin olunuz.

SATIŞ KANALI BİLGİLERİ

ACENTE ÜNVANI:	YENİLEME YILI	İLK GÜVENÇE <input type="checkbox"/>	3S EKO <input type="checkbox"/>	TIPNET <input type="checkbox"/>	ACİL VAKALAR <input type="checkbox"/>	BAŞVURU NO
ACENTE KODU:		EK GÜVENÇE <input type="checkbox"/>	3S PLUS <input type="checkbox"/>	MEDNET <input type="checkbox"/>	ÇÖZÜM <input type="checkbox"/>	065926
ELEMAN KODU:		3S <input type="checkbox"/>	3S AVANTAJ <input type="checkbox"/>			

ADI SOYADI	POLİÇE NUMARASI	POL.BAŞ.TARİHİ	POL.BİTİŞ.TARİHİ	TC KİMLİK NO	VERGİ KİMLİK NO
------------	-----------------	----------------	------------------	--------------	-----------------

FERT VE AİLE BİREYLERİ İÇİN; PLAN DEĞİŞİKLİĞİ TALEPLERİNDE, POLİÇE BİTİŞ TARİHİNDEN 30 GÜNDEN FAZLA SÜRE GEÇTİĞİ DURUMDA VE İLK KEZ SAĞLIK POLİÇESİ KAPSAMINA ALINACAK SİGORTALI TALEPLERİNDE LÜTFEN BİREYSEL SAĞLIK BAŞVURU FORMU DOLDURUNUZ.

BU BÖLÜMLER MAPFRE GENEL YAŞAM SİGORTA A.Ş. TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR.

SİGORTALI YENİLEME BİLGİLERİ

BİREY TİPİ	AD SOYAD	TC. KİMLİK NO	MEVCUT ÜRÜN VE PLAN	YENİ SEÇİLEN PLAN			VERİLEN İNDİRİMLER		
				YATARAK	AYAKTA	LİMİTSİZ ANNELİK	UW EK PRİM	HASARSIZLIK	VEFA
FERT			<input type="checkbox"/>						
EŞ			<input type="checkbox"/>						
1. ÇOCUK			<input type="checkbox"/>						
2. ÇOCUK			<input type="checkbox"/>						
3. ÇOCUK			<input type="checkbox"/>						

NOTLAR:

Eş ve çocuklardan biri yada birkaçı sigortalı değilse; sebebini açıklayınız?
(Başka bir şirkette poliçesi varsa güncel sertifikalarını ekleyiniz. Mapfre Genel Yaşam Sigorta A.Ş. bünyesinde başka bir poliçede sigortalı ise poliçe numarası belirtiniz.)

YENİLEME SAĞLIK BEYANI

POLİÇEDE SİGORTALI OLAN HER BİREY İÇİN, MAPFRE GENEL YAŞAM SİGORTA A.Ş.'DEN TALEP EDİLEN TAZMİNATLAR DIŞINDA BİR SAĞLIK SORUNU (ŞİKAYET OLSA DAHI) OLDU MU? VE/VEYA TALEP EDİLMEYEN TAZMİNAT SÖZ KONUSU MU? YANIT EVET İSE DETAY AÇIKLAMA GEREKMEKTEDİR.						EVET <input type="checkbox"/>
						HAYIR <input type="checkbox"/>
BİREYİN ADI SOYADI	HASTALIK BAŞLANGIÇ TARİHİ SON ŞİKAYET TARİHİ AMELİYAT TARİHİ/İŞLEM TARİHİ	TANI/ TESHİS	KULLANILAN İLAÇLAR	TAKİP/TEDAVİ YÖNTEMİ YAPILAN TETKİKLER İŞLEMLER	TEDAVİ UYGULAMA SAĞLIK KURULUŞU/ DOKTOR	SONUÇLAR/ SON DURUM BİLGİSİ

ÖDEME BİLGİLERİ

ÖDEME ŞEKLİ : KK <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	TOPLAM PRİM (YTL):
ÖDEME TÜRÜ : PEŞİN <input type="checkbox"/> TAKSİTLİ <input type="checkbox"/>	TAKSİT ADEDİ VADE TARİHİ VADE TUTARI
KREDİ KART HAMILİNİN ADI / SOYADI:.....	%25 PEŞİN/...../20... ..TL.
KART TÜRÜ VİSA <input type="checkbox"/> MASTER/AMEX <input type="checkbox"/>	1.TAKSİT/...../20... ..TL.
KART NUMARASI :	2.TAKSİT/...../20... ..TL.
BANKA ADI :	3.TAKSİT/...../20... ..TL.
GEÇERLİLİK TARİHİ :	4.TAKSİT/...../20... ..TL.
CWV NO. :	5.TAKSİT/...../20... ..TL.

Ben aşağıdaki imza sahibi; Poliçenin MAPFRE GENEL YAŞAM SİGORTA A.Ş. tarafından kabulü ve sigorta priminin ödemesinden sonra yürürlüğe gireceğini, Primin taksitle ödemesi kararlaştırılmış ise yaptığım ödemenin pey akçesi (kaporo) olduğunu, başvurumun şirketçe kabul edilip poliçesmesi halinde kararlaştırılan ödeme planına uyacağımı, sigortadan herhangi bir nedenle vazgeçmem halinde alınan pey'in yapılan masraflara karşılık olarak Mapfre Genel Yaşam Sigorta A.Ş.'ne kalacağını, başvuru formunda yer alan sigortalar için prim ödemelerinin aşağıda belirtilen vade ve tutarlarda tarafıma yapılacağını, söz konusu sigortalılara ilişkin tazminat tutarlarının poliçede fert olarak tanımlanan sigortalı hesabına yapılmasını ve konuyla ilgili onayımda yapacağım değişikliğin tarafıma sigorta şirketine bildirileceğini; bu giriş formu nedeniyle Mapfre Genel Yaşam Sigorta A.Ş.'nin herhangi bir taahhüt altına girmedeğini, önceki şirket ile sigortalılık dönemlerim dahil sağlık durumum ile ilgili başvuru formumun poliçelenmesini etkileyecek, Mapfre Genel Yaşam Sigorta'nın bilmesi gereken herhangi bir hususu gizlediğimi, yanlış veya eksik beyanda bulunmadığımı, verdiğim bilgilerin doğru olduğunu, aksi takdirde ortaya çıkabilecek anlaşmazlıklarda Sigorta Şirketinin herhangi bir sorumluluk altına girmeyeceğini, bu giriş formunda belirtmiş olduğum bütün hususlar hakkında doktor, sağlık kurumları ve diğer ilgililerden bilgi alma konusunda Mapfre Genel Yaşam Sigorta A.Ş.'ni yetkili kıldığımı, her bir sorunun yanıtının "Hayır" olarak işleme alınmasını beyan, kabul ve tasdik ederim.

ALINDI BELGESİ

.....numaralı Poliçe için hazırlanan Ödeme Planına uygun olarak (rakam ile).....TL.
(yazı ile).....TL.
.....TL.
alınmıştır. Poliçe herhangi bir nedenle kabul edilemez ise alınan tutar hiçbir kesinti yapılmadan iade edilir.

SİGORTA ETTİREN/SİGORTALI

ADI SOYADI	İMZA	TARİH	SATIŞ KANALI	TARİH
			ADI SOYADI/KAŞE/YETKİLİ İMZALARI	