

# Ferdi AKSAĞLIK Sigortası Başvuru Formu

Acente No: Tali Acente No: Başlangıç Tarihi:     
Gün Ay Yıl

Sigorta Kapsamı:

Ferdi Aile 

SİGORTALI ADAYI	SİGORTA ETTİREN
Adı-Soyadı-Unvanı: _____	Adı-Soyadı-Unvanı: _____
Doğum Tarihi: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Boy/Kilo: _____	Doğum Tarihi: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Boy/Kilo: _____
Mesleği: _____ Cinsiyet: Erkek <input type="checkbox"/> Kadın <input type="checkbox"/>	Mesleği: _____ Cinsiyet: Erkek <input type="checkbox"/> Kadın <input type="checkbox"/>
Medeni Hali: Evli <input type="checkbox"/> Bekar <input type="checkbox"/> Dul <input type="checkbox"/>	Medeni Hali: Evli <input type="checkbox"/> Bekar <input type="checkbox"/> Dul <input type="checkbox"/>
T.C. Kimlik No: <input type="text"/>	T.C. Kimlik No: <input type="text"/>
Vergi Kimlik No/Uyruğu*: <input type="text"/>	Vergi Kimlik No/Uyruğu*: <input type="text"/>
İletişim Adresi: Ev <input type="checkbox"/> İş <input type="checkbox"/> _____	İletişim Adresi: Ev <input type="checkbox"/> İş <input type="checkbox"/> _____
İş Tel No: <input type="text"/> İl: _____	İş Tel No: <input type="text"/> İl: _____
Ev Tel No: <input type="text"/> İlçe: _____	Ev Tel No: <input type="text"/> İlçe: _____
Faks No: <input type="text"/> P. Kodu: _____	Faks No: <input type="text"/> P. Kodu: _____
GSM No: <input type="text"/> Semt: _____	GSM No: <input type="text"/> Semt: _____
e-posta: <input type="text"/>	e-posta: <input type="text"/>

\*Yabancı uyruklular için Vergi Kimlik No yazılmalıdır.

	Adı Soyadı	T.C. Kimlik No	Cinsiyeti	Doğum Tarihi	Mesleği	Yaşadığı Ülke	Tarife Primi	Boy/Kilo
Esiniz		<input type="text"/>	E <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				cm kg
Çocuklarınız		<input type="text"/>	E <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				cm kg
Çocuklarınız		<input type="text"/>	E <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				cm kg
Çocuklarınız		<input type="text"/>	E <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				cm kg
Çocuklarınız		<input type="text"/>	E <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				cm kg
Çocuklarınız		<input type="text"/>	E <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				cm kg

## SEÇİLEN PLAN

Toplam Tarife Primi: Yatarak Tedavi Yatarak+Ayakta Tedavi %80 Yatarak+Ayakta Tedavi %100 

## EK TEMİNAT

(Ek teminatlar Eko Plan haricinde ve ayakta tedavili planlarda seçilebilir.)

Diş  Göz 

## İNDİRİM ORANI

Aile İndirimi: Evet  Hayır Peşin Ödeme İndirimi: Evet  Hayır Hasarsızlık İndirimi: % Hasarsızlık Ek Primi: % 

Ödenecek Prim Toplamı: \_\_\_\_\_ YTL

Prim Ödeme Şekli: Peşin  Vadeli Prim Tahsilat Şekli: Nakit  Kredi Kartı 

Primler sigortalı adayının tamamen sağlıklı olduğu varsayımına göre hesaplanmıştır. Sağlık beyanının değerlendirilmesi sonucu değişiklik olabilecektir.

## TAZMİNAT ÖDEMELERİNİN HAVALE EDİLMESİ İSTENEN;

Sigortalı, Banka Adı: \_\_\_\_\_ Şube Adı: \_\_\_\_\_ Hesap No: \_\_\_\_\_

Banka hesabı vadesiz mevduat hesabı olmalıdır. Varsa Akbank'taki hesap numaranızı bildirmez işlemlerinizi hızlandıracağız.

Sigorta kapsamına alınacak bireylerin şu an yürürlükte olan, sona eren, ret ya da iptal edilen hayat veya sağlık sigortası var mı? (Yanıtınız evet ise sigortanın adını, şirketin adını, başvuru / poliçe numarasını, ret / iptal oldu ise nedenini ve sigorta kapsamına alınmayan (muaf tutulan) rahatsızlığı yazınız.)

Evet  Hayır  Sigortanın Adı: \_\_\_\_\_ Şirketin Adı: \_\_\_\_\_ Başvuru / Poliçe No: \_\_\_\_\_Başlangıç Tarihi:    Bitiş Tarihi:     
Gün Ay Yıl Gün Ay YılSigorta Kapsamındaki Aile Bireylerinin İsimleri: \_\_\_\_\_  
İptal / Ret Nedeni: \_\_\_\_\_ Sigorta Kapsamına Alınmayan (muaf tutulan) Rahatsızlık Varsa Kapsamı: \_\_\_\_\_

## GENEL BİLGİLER

1- Siz veya sigortalanan aile bireylerinden biri pilotluk, dalma, otomobil ve motosiklet sporları, paraşüt, dağcılık gibi tehlikeli hobilerle / profesyonel sporlarla uğraşır musunuz / faaliyetlerde bulunuyor musunuz? Evet  Hayır 2- Aile bireylerinizden sigortalananmasını istemediğiniz biri var mı? Evet ise nedenini açıklayınız. Evet  Hayır 3- Sigortalı adayı / sigorta kapsamına alınacak eş sigara alkol kullanıyor mu / daha önce kullandı mı? Evet  Hayır Sigortalı adayı: Sigara adet/gün yıldırl yıl önce bırakıldı. Alkol kadeh/hafta yıldırl yıl önce bırakıldı.  
Eş : Sigara adet/gün yıldırl yıl önce bırakıldı. Alkol kadeh/hafta yıldırl yıl önce bırakıldı.

## SAĞLIK BEYANI

Tüm evet yanıtlarınız için lütfen yan sayfadaki yanıtlar bölümüne soru numarası ve sigortalı adını belirterek açıklama yapınız. Bugüne kadar aşağıdaki hastalıklardan ya da semptomlardan herhangi biri ile ilgili olarak tedavi / ameliyat / ameliyatsız tedavi gördünüz mü? Bunlarla ilgili test yapıldı mı? Ya da vücudunuzda bunlarla ilgili herhangi bir belirti bozukluk-ağrı hissettiniz mi / hissediyor musunuz?

- 1- Şu an herhangi bir sağlık sorununuz var mı, tıbbi takip veya tedavi altında mısınız? Evet  Hayır
- 2- İlaç kullanıyor musunuz? Yanıtınız evet ise tedavi görülen kurumun, doktorun, ilacın adını ve miktarını yazınız. Evet  Hayır
- 3- Herhangi bir sağlık sorunu nedeniyle tedavi gördünüz mü, kaza geçirdiniz mi? Ne zaman? Ayrıntıları yazınız. Evet  Hayır
- 4- Hastaneye yatırıldınız mı? Yanıtınız evet ise hastane adı, zamanı ve yatış nedeninin belirtiniz. Evet  Hayır
- 5- Sigortalanacak bireyler herhangi bir ameliyat geçirdi mi? Tümör, kist, nodül, ur vs. aldırdı mı, veya bunlarla ilgili biyopsi yaptırdı mı? Şua tedavisi veya kanser tedavisi geçirdi mi? Yanıtınız evet ise, bireyin adını, ameliyat veya tedavinin ne olduğunu, tarihinin, tedavi görülen kurumun adını, son durumunu açıklayınız. Ameliyat raporu, biyopsi yapıldı ise patoloji sonucunu ekleyiniz. Evet  Hayır
- 6- Sigortalanacak bireylerin şu an ameliyat gerektiren veya tedavi gördüğü rahatsızlığı var mı? Yanıtınız evet ise, bireyin adını, rahatsızlıkla ilgili raporu, tedavi görülen kurumun ve doktorun adını ekleyiniz. Evet  Hayır
- 7- Herhangi bir tetkik yapırdınız mı? Laboratuvar değerinde normal dışı bir saptama oldu mu? (Evet için lütfen tetkik sonuçlarını belirtiniz.) Evet  Hayır
- 8- Kalp ve damar hastalığı (romatizmal kalp hastalıkları vb.). Yanıtınız evet ise lütfen 1 no'lu formu doldurunuz. Evet  Hayır
- 9- Hipertansiyon (yüksek tansiyon). Yanıtınız evet ise lütfen 2 no'lu formu doldurunuz. Evet  Hayır
- 10- Diyabet (seker hastalığı). Yanıtınız evet ise lütfen 3 no'lu formu doldurunuz. Evet  Hayır
- 11- Kanser. Yanıtınız evet ise lütfen 4 no'lu formu doldurunuz. Evet  Hayır
- 12- Böbrek rahatsızlıkları ve idrar yolları rahatsızlıkları (idrar kaçırma, böbrek yetmezliği, tek böbreklilik, taş, nefrit vb.). Evet  Hayır
- 13- Nörolojik (sara vb.) ya da psikiyatrik rahatsızlıklar (akıl hastalığı, depresyon vb.). Evet  Hayır
- 14- Kan hastalıkları (anemi, hemofili vb.). Evet  Hayır
- 15- Kas bağ ve kemik hastalıkları. Evet  Hayır
- 16- Sırt boyun ve bel ile ilgili hastalıklar ve her türlü fıtık (boyun, bel, kasık vb.). Evet  Hayır
- 17- Felç (inme), beyin kanaması. Evet  Hayır
- 18- Endokrin (hormonal) bozuklukları (guatr vb.). Evet  Hayır
- 19- Solunum sistemi hastalıkları (astım, bronşit, verem, kulak, burun, boğaz hastalıkları, akciğer hastalıkları vb.). Astım hastalığına yanıtınız evet ise lütfen 5 no'lu formu doldurunuz. Evet  Hayır
- 20- Sindirim sistemi hastalıkları (safra kesesi, mide kanaması ve ülseri, ülseratif kolit, bağırsak hastalıkları, kabızlık, reflü ve mide fıtığı). Evet  Hayır
- 21- Doğumsal-kalıtısal (konjenital) veya sonradan edinilmiş hastalık ya da deformite (şekil bozukluğu). Evet  Hayır
- 22- Deri ve (sedef vb.) lenf bezi hastalıkları. Evet  Hayır
- 23- AIDS ve HIV. Evet  Hayır
- 24- Duyu organları ile ilgili hastalıklar (görme bozukluğu, işitme kusuru vb.). Evet  Hayır
- 25- 18 yaşını doldurmuş erkekler için - askerlik yapmanızı engelleyen sağlık sorununuz var mı? Evet  Hayır
- 26- Erkekler için - Prostat büyümesi ve varikosel vb. Evet  Hayır
- 27- Kadınlar için - Kadın hastalıkları (rahim, yumurtalık kisti, myom, mesane ve rahim sarkması vb.). Evet  Hayır
- 28- Kadınlar için - Şu anda hamile misiniz? Evet  Hayır
- 29- Kadınlar için - Doğum veya düşük yaptınız mı? Kaç kere? Evet  Hayır
- 30- Romatizmal ateş veya romatizmal hastalık. Evet  Hayır
- 31- Karaciğer hastalıkları. Evet  Hayır
- 32- Pankreas veya dalak hastalıkları. Evet  Hayır
- 33- Estetik - rekonstrüktif hastalıkları. Evet  Hayır
- 34- Diğçer (sizde önemli sayılmasa dahi lütfen belirtiniz). Evet  Hayır
- 35- Yukarıda belirtilen durumlar dışında sigorta kapsamına alınacak bireylerin doktora başvurmasına neden olsun olmasın herhangi bir sağlık sorunu var mı? (Evet için lütfen açıklama ve isim yazınız.) Evet  Hayır