

## GRUP SAĞLIK SİGORTASI BAŞVURU FORMU

## ACIBADEM SİGORTA

|                 |  |                                |  |
|-----------------|--|--------------------------------|--|
| Acente Numarası |  | Tali Acente Numarası / MT Kodu |  |
|-----------------|--|--------------------------------|--|

|        |                     |                   |             |                      |             |
|--------|---------------------|-------------------|-------------|----------------------|-------------|
| POLİÇE | Seçilen Ürün / Plan | Sigorta Başlangıç | ___/___/___ | Sigorta Bitiş Tarihi | ___/___/___ |
|--------|---------------------|-------------------|-------------|----------------------|-------------|

|                 |                       |             |                |             |  |
|-----------------|-----------------------|-------------|----------------|-------------|--|
| SİGORTA ETTİREN | Unvan                 |             |                |             |  |
|                 | Adres                 |             |                |             |  |
|                 | Telefon               | (___) _____ | Faks           | (___) _____ |  |
|                 | Vergi Kimlik Numarası |             | Vergi Dairesi: |             |  |

|           |                       |             |                        |             |                     |  |
|-----------|-----------------------|-------------|------------------------|-------------|---------------------|--|
| SİGORTALI | Ad Soyad              |             | Doğum Tarihi           | ___/___/___ | Doğum Yeri          |  |
|           | İletişim Adresi       |             |                        |             |                     |  |
|           | İletişim Telefonu     | (___) _____ | GSM                    | (___) _____ | T.C Kimlik Numarası |  |
|           | Vergi Kimlik Numarası |             | Vergi Dairesi:         |             |                     |  |
|           | Sosyal Güvenlik No    |             | Sosyal Güvenlik Kurumu |             |                     |  |

|       |  |  |                            |  |      |  |
|-------|--|--|----------------------------|--|------|--|
| BANKA | Tazminat ödemelerinin yapılmasını istediğiniz banka hesabına ilişkin bilgileri aşağıdaki bölüme yazınız. |  |                            |  |      |  |
|       | Banka Adı  |  | Şehir                      |  | Şube |  |
|       | Hesap No   |  | Hesap Sahibinin Adı Soyadı |  |      |  |

|                 | Adı Soyadı | Cinsiyet   | Doğum Tarihi | Doğum Yeri | Sosyal Güvenlik Kurumu / Numarası | T.C. Kimlik Numarası | Vergi Dairesi / No |
|-----------------|------------|--|--------------|------------|-----------------------------------|----------------------|--------------------|
| Sigortalı Adayı |            | <input type="checkbox"/> K<br><input type="checkbox"/> E | ___/___/___  |            |                                   |                      |                    |
| Eş              |            | <input type="checkbox"/> K<br><input type="checkbox"/> E | ___/___/___  |            |                                   |                      |                    |
| Çocuk 1         |            | <input type="checkbox"/> K<br><input type="checkbox"/> E | ___/___/___  |            |                                   |                      |                    |
| Çocuk 2         |            | <input type="checkbox"/> K<br><input type="checkbox"/> E | ___/___/___  |            |                                   |                      |                    |
| Çocuk 3         |            | <input type="checkbox"/> K<br><input type="checkbox"/> E | ___/___/___  |            |                                   |                      |                    |
| Çocuk 4         |            | <input type="checkbox"/> K<br><input type="checkbox"/> E | ___/___/___  |            |                                   |                      |                    |

|                          |   |  |            |  |                           |                         |
|--------------------------|---|--|------------|--|---------------------------|-------------------------|
| GEÇMİŞ SİGORTA BİLGİLERİ | SİGORTAYA KAPSAMINA ALINACAK BİREYLERİN VARSA BİR ÖNCEKİ SAĞLIK SİGORTASI BİLGİLERİ |  |            |  |                           |                         |
|                          | Sigorta Şirketi   |  | Police No: |  | Sigorta Başlangıç / Bitiş | ___/___/___ ___/___/___ |
|                          | Sigorta Kapsamındaki Aile Bireylerinin İsimleri                                     |  |            |  |                           |                         |
|                          | Sigorta Kapsamına Alınmayan (Muaf Tutulan) Rahatsızlıkları varsa Kapsamı            |  |            |  |                           |                         |

|       |  |  |  |  |  |
|-------|--|--|--|--|--|
| BEYAN | Bu başvuru formu ve ekli belgelerinde verdiğim bilgilerin tam ve doğru olduğunu taahhüt ederim. Bu formu doldurmamın Acıbadem Sağlık ve Hayat Sigorta A.S. tarafından sigortalanma işleminin gerçekleştirildiği anlamına gelmediğini, sigorta teminatlarının başvurumun onaylanması ve prim tutarının veya ilk prim taksidinin ödenmesinden sonra yürürlüğe gireceğini kabul ederim. |  |  |  |  |
|       | Başvuru sahibi olarak sigorta hizmetleri kapsamında SMS veya e-posta ile bilgilendirilmeyi kabul ediyorum. <input type="checkbox"/> SMS <input type="checkbox"/> E-posta   |  |  |  |  |

|   |   |       |
|---|---|-------|
| Sigorta Ettirenin Unvanı / Sigortalı Adayı Adı Soyadı, İmzası | Acente - Müşteri Temsilcisinin Adı Soyadı, İmzası | Tarih |
|   |   |       |

## GRUP SAĞLIK SİGORTASI BİLDİRİM FORMU

## ACIBADEM SİGORTA

Bu form sigorta kapsamına alınacak tüm bireyler için doldurulacak olup, soruların tamamının yanıtlanması gerekmektedir. Formda beyan edilen rahatsızlıklarla ilgili tetkik sonuçları, raporlar veya hastalıklarla ilgili ayrıntılı açıklamayı ekleyiniz. Lütfen önemsiz de görseniz ve şu anda hiçbir şikayetiniz bulunmasa bile mevcut ve geçirilmiş tüm rahatsızlıklarınızı beyan ediniz.

|                | Sigortalı Adayı   | Eş                | Çocuk 1           | Çocuk 2           | Çocuk 3           | Çocuk 4           |
|----------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| Boy / Kg       | ..... cm ..... kg | ..... cm ..... kg | ..... cm ..... kg | ..... cm ..... kg | ..... cm ..... kg | ..... cm ..... kg |
| Kan Grubu      |                   |                   |                   |                   |                   |                   |
| Meslek         |                   |                   |                   |                   |                   |                   |
| Çalışma Ortamı |                   |                   |                   |                   |                   |                   |

Sigorta kapsamında alınacak bireylerin kalıtsal, kronik ya da devam eden herhangi bir sağlık sorunu (tansiyon, şeker, alerji, mide-bağırsak sistemi hastalıkları, tüberküloz (verem), epilepsi (sara), kalp, sarılık, kanser, guatr (troid), psikolojik, böbrek rahatsızlıkları ile, çocuk cerrahisi, genel cerrahi, göğüs-kalp damar cerrahisi, beyin cerrahisi, kulak-burun-boğaz, ortopedi, göz hastalıkları, jinekoloji ve/veya üroloji alanında tedavi gerektiren sorunları var mı, tedavi görüyor mu, düzenli ilaç kullanıyor mu, ameliyat gerektiren bir şikayeti var mı? (Yanıtınız evet ise; tedaviye ihtiyaç duyan bireyin adını, teşhisi, ameliyatın ne olduğunu, tarihi, tedavi görülen kurumun ve doktorun adını, son durumunu detaylı olarak açıklayınız. Lütfen rahatsızlığa ilişkin raporları ekleyiniz.)  Evet  Hayır

Açıklama .....

Sigorta kapsamında alınacak bireylerin daha önceden geçirdiği ciddi bir hastalığı, sağlık sorunu (tansiyon, şeker, alerji, mide-bağırsak sistemi hastalıkları, tüberküloz (verem), epilepsi (sara), kalp sarılık, kanser, guatr (troid), psikolojik, böbrek rahatsızlıkları ile, çocuk cerrahisi, genel cerrahi, göğüs-kalp damar cerrahisi, beyin cerrahisi, kulak-burun-boğaz, ortopedi, göz hastalıkları, jinekoloji ve / veya üroloji alanında tedavi gerektiren sorunları oldu mu ya da yaptırdığı tahlil ve tıbbi incelemelerde normal değerlerin dışında bir bulguya rastlandı mı? Yanıtınız evet ise; sağlık sorunu olan bir bireyin adını, teşhisi, tedavinin ne olduğunu, tarihini, tedavi görülen kurumun ve doktorun adını, son durumunu detaylı olarak açıklayınız. Lütfen rahatsızlığa ilişkin raporları ekleyiniz.)  Evet  Hayır

Açıklama .....

Sigorta kapsamında alınacak bayan bireyler daha önce doğum yaptı mı ya da şu anda hamile mi? (Yanıtınız evet ise; kaç kez doğum yaptığını ve / veya kaç aylık hamile olduğunu lütfen belirtiniz.)  Evet  Hayır

Açıklama .....

Su anda tamamen sağlıklı mısınız? Sigorta kapsamına alınacak, bireylerin yukarıda belirtilenler dışında bedeni zaaf, deformite, eksik uzvu ya da sağlık durumunda bir değişiklik var mı? (Yanıtınız evet ise lütfen açıklayınız.)  Evet  Hayır

Açıklama .....

Yukarıda bilgilerin tam ve doğru olduğunu taahhüt eder, Acıbadem Sağlık ve Hayat Sigorta A.Ş.'yi sağlık sigortası şartlarını ilgilendiren bütün konularda ilgili hekim, sağlık kurumları ve diğer ilgililerden bilgi alma konusunda yetkili kıldığımı beyan ederim.

Sigorta Ettiren Unvanı / Sigortalı Adayı Adı Soyadı

İmzası

Tarih

Bu kısım şirket yetkililerince doldurulacaktır.

Riziko Kabul Görüşü

Poliçe  Muafiyet  Sürprim (%.....)  Red

Açıklama:

Adı Soyadı

İmzası

Tarih

Şirket