

Lütfen, Başvuru Formu üzerinde yer alan tüm alanları büyük harf kullanarak okunaklı bir şekilde doldurunuz.
Bu form, teklif niteliğinde değildir.

Grup Adı / Sigorta Ettiren		Sigorta Başlangıç Tarihi	___/___/___
Plan Adı		Sigorta Bitiş Tarihi	___/___/___

SİGORTALI ADAY BİLGİLERİ

	1. Aday (Kendisi)	2. Aday (Eşi)	3. Aday (Çocuk)	4. Aday (Çocuk)	5. Aday (Çocuk)
Ad,Soyad					
Doğum Tarihi	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
Cinsiyet	<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> E
T.C. Kimlik/Pasp./ Yabancı Kimlik No					
Fiili Çalışma Yeri Departman Kodu					
Sicil No					
İşe Giriş Tarihi					
Meslek / Unvan					
Boy / Kilo	___cm___kg	___cm___kg	___cm___kg	___cm___kg	___cm___kg
Doğum Haftası			___hafta	___hafta	___hafta

SİGORTALI ADAY İLETİŞİM BİLGİLERİ (18 yaş üstü sigortalıların kendilerine ait iletişim bilgileri yazılmalıdır.)

	1. Aday (Kendisi)	2. Aday (Eşi)	3. Aday (Çocuk)	4. Aday (Çocuk)	5. Aday (Çocuk)
Telefon	(___)_____	(___)_____	(___)_____	(___)_____	(___)_____
GSM					
E-Posta					
Adres					

BANKA HESAP BİLGİLERİ (Anlaşmasız kuruma başvurulması halinde tedavi masraflarının ödenilmesinin istendiği hesap)
(18 yaş üstü sigortalıların kendilerine ait banka hesap bilgileri yazılmalıdır.)

	Hesap Sahibi	IBAN NO
1. Aday (Kendisi)		
2. Aday (Eşi)		
3. Aday (Çocuk)		
4. Aday (Çocuk)		
5. Aday (Çocuk)		

Sigorta Ettiren Unvan,Kaşe/Adı, Soyadı, İmza, Tarih	Sigortalı Adı, Soyadı, İmza, Tarih
___/___/___	___/___/___

Lütfen, aşağıdaki soruları sigorta kapsamına alınacak bireylerin tamamı için yanıtlayınız.

Sözleşmenin kurulması sırasında veya Sigortacı'nın talep ettiği diğer durumlarda, sigorta kapsamına alınacak bireylerin sağlık durumları ile ilgili olarak, Beyan Formu'nda yer alan sorulara tam ve doğru olarak cevap verilmelidir. Söz konusu beyanın gerçeğe aykırı veya eksik olması durumunda ve/veya beyan yükümlülüğünün yerine getirilmemesi halinde, Sağlık Sigortası Genel Şartları ve Poliçe Özel Şartları uyarınca, tespit edilen tarih itibarıyla Sigorta Sözleşmesi yeniden düzenlenecektir. Bu durumda, hastalığa ilişkin sebepsiz yere ödenen tazminatların iade edilmesi, Sigortacı tarafından sözleşme şartlarının yeniden belirlenmesi (Muafiyet, Ek Prim, Limit vb. uygulanabilecektir) ve sigorta sözleşmesinin iptali söz konusu olabilecektir.

BEYAN

- Başvuru Formu ile bilgileri verilmiş tüm sigortalı adaylarının sigortalanacağı varsayımı ile seçilen ürüne paralel olarak hazırlanmış Başvuru Formu, Sağlık Beyan Formu, ekli belgeler, raporlar, şirket kayıtları ve diğer bilgilerin değerlendirilmesi sonucunda prim ve poliçe şartları'nın değişebileceğini biliyorum ve kabul ediyorum.
- Başvuru Formunun ilgili kısımlarında bildirilen e-posta adreslerinin ve diğer iletişim bilgilerinin şahsıma ve Sigortalı Adaylarına ait olduğunu ve Acıbadem Sağlık ve Hayat Sigorta A.Ş. tarafından sigorta sözleşmesi ön görüşmeleri ve sigorta sözleşmesi ile ilgili tüm bilgilendirme, bildirim ve poliçenin teslimi için bu iletişim bilgilerinin kullanılacağını ve Sigortacı tarafından SMS ve/veya e-posta ile gerek tarafıma gerekse Sigortalılara yapılacak tüm bilgilendirme, bildirim ve poliçenin tesliminin bu iletişim bilgileri kullanılarak teslimini peşinen kabul ettiğimi beyan ederim.
- Bu Başvuru Formu, yapılan bilgilendirmeye istinaden tarafımdan doldurulmuştur.

Sigorta Ettiren Unvan,Kaşe/Adı, Soyadı, İmza, Tarih

Sigortalı Adı, Soyadı, İmza, Tarih

__/__/__

__/__/__

DİĞER SİGORTA ŞİRKETİ BİLGİLERİ

Başka sigorta şirket(ler)inde sona eren veya halen devam eden Sağlık Poliçeniz var mı? Evet Hayır

Sigorta Şirketi Adı :

Poliçe Bitiş Tarihi : __/__/____

Poliçe Numarası :

SAĞLIK BİLGİLERİ

“Aşağıda sorgulanan hastalık ya da durumlara vereceğiniz tüm EVET yanıtları için, lütfen açıklamalar bölümüne sigortalı adayı ve hastalık / durum numarasını yazarak; mevcut şikayetlerin ne olduğu, tetkik edilen ya da tedavi olunan rahatsızlık ile ilgili tıbbi tanı, tetkik / tedavi görülen doktor / hastane adı ve son durumunuz ile ilgili detayları belirtiniz. EVET olarak işaretleyeceğiniz hastalık ve/veya durumla ilgili, elinizde bulunan doktor, ameliyat, epikriz raporları, test ve varsa patoloji sonuçlarının kopyalarını lütfen başvuru formuna ekleyiniz.”

Evet Yanıtını Verdiğiniz Sorulara İlişkin Detayları Aşağıda Açıklayınız.

1	Kalp ve damar hastalıkları (Tansiyon, Kolesterol, Kalp Kapak Hastalıkları, Kalp Yetmezliği, Varis, Venöz Yetmezliği vb.)	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	13	GİS Hastalıkları (Ağız, Yemek Borusu, Mide, Bağırsak vb.)	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H
2	Diabet (Şeker Hastalığı)	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	14	Karaciğer Hastalıkları	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H
3	Kanser, Kist, Tümör	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	15	Genital Sistem Hastalıkları (Yumurtalık, Rahim, Prostat, Testis vb.)	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H
4	Sinir Sistemi Hastalıkları(Multipl Skleroz, Felç vb.)	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	16	Meme Hastalıkları (Kist, Adenom, Tümör vb.)	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H
5	Kan Hastalıkları	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	17	Psikolojik ve Psikiyatrik Rahatsızlıklar	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H
6	Kas ve İskelet Sistemi Hastalıkları	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	18	Diğer (Yukarıda Belirtilen Hastalıklar Dışında Her Türlü Hastalık ve Kaza Durumunu Belirtiniz.)	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H
7	Sirt, Bel, Boyun Rahatsızlıkları	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	19	Ameliyat Oldunuz Mu? Hastanede Yattınız mı?	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H
8	Diz Hastalıkları	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	20	İlaç Kullanıyor musunuz? (Lütfen Belirtiniz.)	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H
9	Solunum Sistemi Hastalıkları (Akciğer, NefesBorusu, Gırtlak vb.)	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	21	Hamile misiniz? (Evet ise kaç haftalık olduğunu belirtiniz.)	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H
10	Kulak, Burun, Boğaz Hastalıkları	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	22	Doktora başvurulmamış olsa bile bilinen bir rahatsızlığınız/şikayetiniz/hastalığınız var mı?	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H
11	Üriner Sistem Hastalıkları (Böbrek, Mesane vb.)	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H			
12	Endokrin (hormonal) Hastalıklar (Tiroid, Hipofiz, Cushing vb.)	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H			

AÇIKLAMALAR

Sigortalı Aday No	Soru No	Şikayet, Hastalık Adı	Doktor, Hastane İsmi

Ekli Belgeler:

Sigorta Ettiren Unvan,Kaşe/Adı, Soyadı, İmza, Tarih

Sigortalı Adı, Soyadı, İmza, Tarih

__/__/____

__/__/____

BEYAN

- Sigortacının risk ve tazminat değerlendirmesi yapabilmesini teminen; sağlık sigorta sözleşmesinin kapsamını (yeniden sözleşme yapılması, risk ve tazminat değerlendirmesi, tazminat ödemesi v.b.) ilgilendiren bütün konularda ve tüm sigortalı adayları için, sigortalıyı tedavi eden kişi ve kurumlardan, Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi'nden, Sosyal Güvenlik Kurumundan ve Sağlık Bakanlığı'ndan sigorta şirket(ler)i ve/ veya reasürans şirket(ler)i ve bununla sınırlı olmamak üzere diğer ilgililer ile doğrudan doğruya ya da dolaylı olarak, her türlü bilgi ve belge alışverişi yapabilmesine, kişiye özel bilgilerin öğrenilebilmesine (yanlış sigorta uygulamaları dahil) ve/veya paylaşabilmesine, ayrıca Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi'nin bu şekilde Sigorta Sözleşmeleri görüşmeleri ve sözleşme süresi içerisinde şahsım için toplayacağı her türlü bilgi ve belgenin paylaşılmasına, şahsım ve bağımlılarımın bilgilerinin elektronik ortam üzerinde birbirlerince görüntülenebilmesine muvafakat ettiğimi, adıma beyanda bulunması için bağımlısı olduğum grup mensubu sigortalıyı yetkilendirdiğimi ve tüm bu hususlarda bilgi ve belge temin edebilmesi bakımından Acıbadem Sağlık ve Hayat Sigorta A.Ş.'ye onay verdiğimi kabul ve beyan ederim.
- Başvuru Formu ve Sağlık Beyan Formunda yer alan tüm sigortalı adaylarının tüm bilgilerini bilgim dahilinde verildiğini ve söz konusu bilgilerimin gerçeğe tamamen yansıttığını şahsımın ve bağımlılarımın sigortalanma sürecine ilişkin teminat, ekşart (muafiyet, limit, ek prim, katılım, bekleme süresi vb.) ve gerekçe gibi bilgilerinin bağımlısı olduğum grup mensubu sigortalı ile paylaşılmasına ve tüm bu bilgilerin elektronik ortam üzerinde birbirlerince görüntülenebilmesine dair muvafakatim olduğunu kabul ve beyan ederim.
- Bu beyan sonucu oluşabilecek Sigorta Sözleşmesine ait Poliçe Özel Şartları ve Sağlık Sigortası Genel Şartları'nı okuduğumu ve kabul ettiğimi beyan ederim.
- Bu beyan formu ve ekli belgelerinde verdiğim bilgilerin tam ve doğru olduğunu taahhüt ederim.
- Sigorta kapsamına alınacak bireylerin sağlık durumları ile ilgili olarak bu Beyan Formu'nda ve ekli belgelere verilen bilgilerin tam ve doğru olduğunu kabul ve beyan ederim.

Sigorta Ettiren Unvan,Kaşe/Adı, Soyadı, İmza, Tarih

Sigortalı Adı, Soyadı, İmza, Tarih

__/__/____

__/__/____

28800 sayılı ve 23.10.2013 tarihli Resmi Gazete' de yayımlanan "Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği" gereğince;

- Sigortacının risk ve tazminat değerlendirmesi yapabilmesini teminen; sağlık sigorta sözleşmesinin kapsamını (yeniden sözleşme yapılması, risk ve tazminat değerlendirmesi, tazminat ödemesi v.b.) ilgilendiren bütün konularda ve tüm sigortalı adayları için, sigortalıyı tedavi eden kişi ve kurumlardan, Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi'nden, Sosyal Güvenlik Kurumundan ve Sağlık Bakanlığı'ndan sigorta şirket(ler)i ve/ veya reasürans şirket(ler)i ve bununla sınırlı olmamak üzere diğer ilgililer ile doğrudan doğruya ya da dolaylı olarak, her türlü bilgi ve belge alışverişi yapabilmesine, kişiye özel bilgilerin öğrenilebilmesine (yanlış sigorta uygulamaları dahil) ve/veya paylaşılabilmesine, ayrıca Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi'nin bu şekilde Sigorta Sözleşmeleri görüşmeleri ve sözleşme süresi içerisinde şahsım için toplayacağı her türlü bilgi ve belgenin paylaşılmasına, şahsım ve bağımlılarımın bilgilerinin elektronik ortam üzerinde birbirlerince görüntülenebilmesine muvafakat ettiğimi, adıma beyanda bulunması için bağımlısı olduğum grup mensubu sigortalıyı yetkilendirdiğimi ve tüm bu hususlarda bilgi ve belge temin edebilmesi bakımından Acıbadem Sağlık ve Hayat Sigorta A.Ş.'ye onay verdiğimi,
- Teklif/Başvuru Formu ve Sağlık Beyan Formu ile bilgileri olan tüm bilgilerin bilgim dahilinde verildiğini ve bilgim dahilindeki gerçeği tamamen yansıttığını şahsımın ve bağımlılarımın sigortalanma sürecine ilişkin teminat, ek şart (muafiyet, limit, ek prim, katılım, bekleme süresi ve benzeri) ve gerekçe gibi bilgilerinin bağımlısı olduğum grup mensubu sigortalı ile paylaşılmasına ve tüm bu bilgilerin elektronik ortam üzerinde birbirlerince görüntülenebilmesine dair muvafakatim olduğunu

olduğunu kabul ve beyan ederim.

Sigortalı TC Kimlik No	:	Eş TC Kimlik No	:
Sigortalı Adı Soyadı	:	Sigortalı Adı Soyadı	:
Sigortalı İmzası	:	Sigortalı İmzası	:
Tarih	:	Tarih	:
Çocuk 18+ TC Kimlik No	:	Çocuk 18+ TC Kimlik No	:
Sigortalı Adı Soyadı	:	Sigortalı Adı Soyadı	:
Sigortalı İmzası	:	Sigortalı İmzası	:
Tarih	:	Tarih	:
Çocuk 18+ TC Kimlik No	:	Çocuk 18+ TC Kimlik No	:
Sigortalı Adı Soyadı	:	Sigortalı Adı Soyadı	:
Sigortalı İmzası	:	Sigortalı İmzası	:
Tarih	:	Tarih	:

Not:
İlgili Yönetmelik için : <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/10/20131023-1.htm>