

SAĞLIK SİGORTALARI BAŞVURU FORMU

Başvuru formu sigorta ettiren tarafından kendi el yazısı ile doldurulmalıdır. Sigorta ettirenin kendi el yazısı ile doldurulmamış bir başvuru formunu imzalaması, formda verilen tüm bilgileri okuduğu, doğruluğunu teyit ettiği ve tüm her türlü sorumluluğu kabul ettiği anlamına gelir.

ÜRÜN VE ÖDEME ŞEKLİ	TEKLİF NO ÜRÜN ADI PRİM Sigorta Başlangıç Tarihi/...../..... Prim Tahsil Aracı ☐ Kredi Kartı ☐ Havale ☐ (Havale ile ödeme sadece peşinat için geçerlidir.) Prim ödeme şekli: % Peşin, Taksit Acente Payı No :							
	Tüzel Kişi ise Firma Ünvanı Adı Soyadı Doğum Tarihi/...../..... Vergi Kimlik No T.C Kimlik No Uyruk: T.C. ☐ Diğer; Ev (.....) İş (.....) Faks (.....) Cep (.....) E-Posta @ Ev ☐ İş ☐ İl İlçe Posta Kodu * Yabancı uyruklu sigortalıların vergi kimlik numaralarını yazmaları zorunludur.							
SİGORTA ETTİREN	Adı Soyadı Doğum Tarihi Cinsiyet Boy (cm) Kilo (kg) T.C Kimlik No/Vergi Kimlik No* Meslek Uyruk Sigortalı /...../..... Eşi /...../..... Çocuk /...../..... Çocuk /...../..... Çocuk /...../..... Yeni doğan bebek ilavelerinde kaç haftalık dünyaya geldiğini belirtiniz.....Hafta * Yabancı uyruklu sigortalıların vergi kimlik numaralarını yazmaları zorunludur.							
	Adı Soyadı Sigara Kullanımı Tüketim Yıl önce Bırakıldı Alkol Kullanımı Tüketim Yıl önce Bırakıldı Sigortalı Evet ☐ Hayır ☐ Yıl Adet/Gün Evet ☐ Hayır ☐ Yıl /Kadeh /Hafta Eşi Evet ☐ Hayır ☐ Yıl Adet/Gün Evet ☐ Hayır ☐ Yıl /Kadeh /Hafta Çocuk Evet ☐ Hayır ☐ Yıl Adet/Gün Evet ☐ Hayır ☐ Yıl /Kadeh /Hafta Çocuk Evet ☐ Hayır ☐ Yıl Adet/Gün Evet ☐ Hayır ☐ Yıl /Kadeh /Hafta Çocuk Evet ☐ Hayır ☐ Yıl Adet/Gün Evet ☐ Hayır ☐ Yıl /Kadeh /Hafta Sizin ve aile bireylerinizin şirketimizde veya bir başka sigorta şirketinde kayıtlı, bitmiş ya da devam eden bir hayat/ ferdî kaza poliçesi var mı? Cevabınız "EVET" ise son biten poliçenizin sigorta şirketi Poliçe no: Poliçe Bitiş Tarihi/...../..... Evet ☐ Hayır ☐							
SİGORTA KAPSAMINA ALINACAK AİLE BİREYLERİ	Adı Soyadı Sigara Kullanımı Tüketim Yıl önce Bırakıldı Alkol Kullanımı Tüketim Yıl önce Bırakıldı Sigortalı Evet ☐ Hayır ☐ Yıl Adet/Gün Evet ☐ Hayır ☐ Yıl /Kadeh /Hafta Eşi Evet ☐ Hayır ☐ Yıl Adet/Gün Evet ☐ Hayır ☐ Yıl /Kadeh /Hafta Çocuk Evet ☐ Hayır ☐ Yıl Adet/Gün Evet ☐ Hayır ☐ Yıl /Kadeh /Hafta Çocuk Evet ☐ Hayır ☐ Yıl Adet/Gün Evet ☐ Hayır ☐ Yıl /Kadeh /Hafta Çocuk Evet ☐ Hayır ☐ Yıl Adet/Gün Evet ☐ Hayır ☐ Yıl /Kadeh /Hafta Sizin ve aile bireylerinizin şirketimizde veya bir başka sigorta şirketinde kayıtlı, bitmiş ya da devam eden bir hayat/ ferdî kaza poliçesi var mı? Cevabınız "EVET" ise son biten poliçenizin sigorta şirketi Poliçe no: Poliçe Bitiş Tarihi/...../..... Evet ☐ Hayır ☐							
	Adı Soyadı Sigara Kullanımı Tüketim Yıl önce Bırakıldı Alkol Kullanımı Tüketim Yıl önce Bırakıldı Sigortalı Evet ☐ Hayır ☐ Yıl Adet/Gün Evet ☐ Hayır ☐ Yıl /Kadeh /Hafta Eşi Evet ☐ Hayır ☐ Yıl Adet/Gün Evet ☐ Hayır ☐ Yıl /Kadeh /Hafta Çocuk Evet ☐ Hayır ☐ Yıl Adet/Gün Evet ☐ Hayır ☐ Yıl /Kadeh /Hafta Çocuk Evet ☐ Hayır ☐ Yıl Adet/Gün Evet ☐ Hayır ☐ Yıl /Kadeh /Hafta Çocuk Evet ☐ Hayır ☐ Yıl Adet/Gün Evet ☐ Hayır ☐ Yıl /Kadeh /Hafta Sizin ve aile bireylerinizin şirketimizde veya bir başka sigorta şirketinde kayıtlı, bitmiş ya da devam eden bir hayat/ ferdî kaza poliçesi var mı? Cevabınız "EVET" ise son biten poliçenizin sigorta şirketi Poliçe no: Poliçe Bitiş Tarihi/...../..... Evet ☐ Hayır ☐							
SİGORTALI ADRESİ	Ev (.....) İş (.....) Faks (.....) Cep (.....) E-Posta @ Ev ☐ İş ☐ İl İlçe Posta Kodu (Sigortalının, Sigorta Ettiren ile aynı olması durumunda bu kısmın doldurulmasına gerek yoktur.)							
	Kart Sahibinin Adı Soyadı Banka Adı Kart Tipi ☐ VISA ☐ MASTERCARD ☐ EUROCARD Kart No:/...../...../..... Son Kullanma Tarihi Güvenlik Kodu BLOKELİ ÇEKİM İSTENİYORSA İŞARETLEYİNİZ ☐							
TAZMİNAT ÖDEME ŞEKLİ	Hesap Sahibinin Adı Soyadı Banka Adı Vergi Kimlik No Şube Adı : Banka Hesap Numarası: T.C. Kimlik No: IBAN NO :							
	Vefat Tazminatının kime ödenmesini istersiniz? Lehtar(lar)ımın Adı, Soyadı T.C. Kimlik Numarası Yakınlık Derecesi Tazminat Oranı ☐ Kanuni Varislerime ☐ Lehtarlarım %.....							
FERDİ KAZA SİGORTAŞI	1-) Sigorta kapsamına alınacak kişiler şu ana kadar herhangi bir ameliyat geçirdi mi? Herhangi bir nedenden dolayı hastanede ya da evde tedavi gördü mü? İmplant (vida, plak, çivi vb.) mevcut mu? (Cevabınız evet ise tedavi gören kişinin adı, tedavi açıklaması, tarihi, tedavi olunan kurumun ve kişinin güncel sağlık durumu hakkında açıklama yapınız. Hastane yatış evraklarını ve ameliyat olduysa ameliyat raporunu gönderiniz.) Evet ☐ Hayır ☐							
	2-) Sigorta kapsamına alınacak kişiler kanser ile ilgili tedavi gördü mü? Tanı amaçlı parça (biopsi) aldırdı mı? İyi huylu tümör, nevüs (ben), nodül ya da ur çıkartıldı mı? (Cevabınız evet ise konu ile ilgili tüm evrakları gönderiniz) Evet ☐ Hayır ☐							
SAĞLIK BEYANI	1-) Sigorta kapsamına alınacak kişiler şu ana kadar herhangi bir ameliyat geçirdi mi? Herhangi bir nedenden dolayı hastanede ya da evde tedavi gördü mü? İmplant (vida, plak, çivi vb.) mevcut mu? (Cevabınız evet ise tedavi gören kişinin adı, tedavi açıklaması, tarihi, tedavi olunan kurumun ve kişinin güncel sağlık durumu hakkında açıklama yapınız. Hastane yatış evraklarını ve ameliyat olduysa ameliyat raporunu gönderiniz.) Evet ☐ Hayır ☐							
	2-) Sigorta kapsamına alınacak kişiler kanser ile ilgili tedavi gördü mü? Tanı amaçlı parça (biopsi) aldırdı mı? İyi huylu tümör, nevüs (ben), nodül ya da ur çıkartıldı mı? (Cevabınız evet ise konu ile ilgili tüm evrakları gönderiniz) Evet ☐ Hayır ☐							

3-) Sigorta kapsamına alınacak kişilerin şu an planlanan ya da devam eden tıbbi tedavisi veya ameliyat olasılığı var mı? (Cevabınız evet ise kişinin adı ve planlanan tedaviler ile ilgili ayrıntılı açıklama yapınız.) Evet ☐ Hayır ☐

4-) Sigorta kapsamına alınacak kişilerin şu an herhangi bir ilaç kullanıyor mu? Geçmişte grip, soğuk algınlığı veya tekrarlayıcı olmayan baş ağrılarında ilaç kullanımı oldu mu? (Cevabınız evet ise kişinin adı ile birlikte bu tanım dışında kalan tüm hastalıklarla ilgili kullanılan ilaçların adını, kullanım süresini ve tarihini açıklayınız.) Evet ☐ Hayır ☐

5-) Sigorta kapsamına alınacak bireyler bugüne kadar laboratuvar tetkikleri, kan ya da idrar tahlilleri, röntgen, MR, tomografi, endoskopi, angio, doppler, trioid, EKO, Efor Testi, Holter, Mamografi, sintigrafi, ultrason, kemik ölçümü, uyku testi veya benzeri tanı amaçlı işlem yaptırdı mı? Bu tetkiklerden, sonucu normal değerler dışına çıkan oldu mu? (Cevabınız evet ise kişinin adı ve tetkik sonuçlarını gönderiniz. Sonuçlara ulaşamıyorsanız normal değerlerin dışına çıkan testler hakkında açıklama yapınız.) Evet ☐ Hayır ☐

6-) Henüz tanı konmamış olsa bile sizin ya da doktorunuzun kontrolünü yaptığı bir sağlık takibi var mı? (Örneğin tansiyon yüksekliği, şeker yüksekliği, kolesterol yüksekliği, hormon değerlerinde bozulma şüphesi vs.) (Cevabınız evet ise adını belirterek açıklama yapınız.) Evet ☐ Hayır ☐

7-) Henüz doktora gitmemiş ya da tanı konmamış olsa bile sağlık durumunuzda bir bozulma olduğunu hissediyor musunuz? Sebebin bilmediğiniz ya da şu an için önemsemediğiniz baş ağrıları, eklem ağrıları, mide ağrıları bel ağrısı çarpıntı istemsiz kilo verme, merdiven çıkmakta zorlanma, göğüste sıkışma ve benzeri şikayetleriniz var mı? (Cevabınız evet ise kişi adını belirterek açıklama yapınız.) Evet ☐ Hayır ☐

8-) Sigorta kapsamına alınacak bireylerden şu anda hamile olan var mı? Evet ☐ Hayır ☐

KRONİK HASTALIK DETAY SORULARI
(İlgili hastalıklardan birine sahipseniz lütfen bu alanı doldurunuz)

HİPERTANSİYON (KİŞİ ADI	DİABET (KİŞİ ADI	KOLESTEROL (KİŞİ ADI
İlk defa ne zaman şikayetiniz oldu?	İlk defa ne zaman şikayetiniz oldu?	İlk defa ne zaman şikayetiniz oldu?
İlaç kullanıyorsanız isimleri nelerdir?	İlaç kullanıyorsanız isimleri nelerdir?	İlaç kullanıyorsanız isimleri nelerdir?
İlaç kullanım süresini ve dozunu belirtiniz.	İlaç kullanım süresini ve dozunu belirtiniz.	İlaç kullanım süresini ve dozunu belirtiniz.
Tansiyonunuz en yüksek kaç olarak ölçüldü? mmHG mmHG	Açlık kan şekeriniz ve HbA1c en yüksek kaç ölçüldü? AKŞ HbA1c	Kolesterolünüz en yüksek kaç olarak ölçüldü?
Tansiyon nedeni ile hastanede yattınız mı? Evet ☐ Tarih/...../..... Hayır ☐	Hangi Tip Diabet Hastasıınız? Tip 1 ☐ Tip 2 ☐	
	İnsülin kullanıyor musunuz? Evet ☐ Hayır ☐	

BİLDİRİM VE YETKİ

Sigorta ettiren olarak, başvuru formunda adı geçen sigortalı adayına, Sağlık ve Ferdi Kaza Sigortası Genel ve Özel şartları okuduğumu ve başvuru formunu eksiksiz ve gerçeğe uygun olarak doldurduğumu yukarıda sorulan "Evet" veya "Hayır" olarak işaretlediğim soruların bulunması durumunda, bu sorunun cevabının "HAYIR" anlaşılması gerektiğini kabul ve taahhüt ederim. Başvuru formunun kabulü halinde beyanda bulunduğum tüm hususlar hakkında AXA SİGORTA A.Ş. yi doktor, sağlık kuruluşları, sigorta şirketleri ya da diğer kişi ve kuruluşlardan bilgi ve belge almaya yetkili kıldığımı farklı bir bilgi alınması durumunda, şirketin bilmesi gereken herhangi bir hususu gizlediğim ya da formda eksik veya hatalı bilgi verdiğim takdirde, Türk Ticaret Kanunu ve Sağlık ve Ferdi Kaza Sigortası Genel Şartları uyarınca, bu hususun tazminat taleplerinin reddi ve sigorta poliçesinin iptaline neden olacağını, doğru beyan verdiğimi kabul ve taahhüt ederim. Sağlık ve Ferdi kaza Sigortası Genel Şartlar ve Poliçe Özel Şartlarında düzenlenen tüm esasların geçerli olduğunu beyan ve kabul ederim.

SİGORTA ETTİREN (Adı, Soyadı, Kaşe, İmza)	BAŞVURU TARİHİ	ACENTE (İmza, Kaşe)

DOLDURMUŞ OLDUĞUNUZ BU FORM SADECE BAŞVURU NİTELİĞİNDE OLUP, KABULÜ AXA SİGORTA A.Ş. TARAFINDAN YAPILACAK DEĞERLENDİRMeye TABİDİR.

Başvuru Formu'nun herhangi bir sebepten dolayı 30 gün içinde AXA SİGORTA A.Ş. tarafından kabul edilmemesi halinde alınan bedel sigorta ettiren'e geri verilir. Başvuru talebinizin onaylanmaması halinde tanzim edilmiş poliçeniz, başvuru talebinizin reddedilmesi halinde ise gerekçeli ret yazısı ve alınan bedel başvuru tarihinden itibaren en geç 30 gün içinde tarafınıza iletilecektir. Söz konusu belgenin 30 gün içinde tarafınıza ulaşmaması halinde lütfen Müşteri Hizmetleri Departmanına (0212) 334 24 24 numaralı telefondan arayarak bilgi veriniz.