

TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI SORU FORMU

Çerçeve ile gölgelendirilmiş alanlar Şirket / Acente tarafından doldurulacaktır.

Acente kodu	Şube kodu	Eleman kodu
-------------	-----------	-------------

1. Müşteri bilgileri

	Sigorta ettiren	Sigortalı adayı	Eş	Çocuk	Çocuk	Çocuk
Adı						
Soyadı						
Doğum tarihi	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
Uyruğu	<input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> Diğer	<input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> Diğer	<input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> Diğer	<input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> Diğer	<input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> Diğer	<input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> Diğer
T.C. Kimlik no						
Vergi Kimlik No/Vergi Dairesi (T.C. vatandaşı değil ise)						
Yabancı Kimlik No (T.C. vatandaşı değil ise)						
Boy/Kilo		__cm / __kg	__cm / __kg	__cm / __kg	__cm / __kg	__cm / __kg
Yakınlık derecesi						
Medeni durumu		<input type="checkbox"/> Bekar <input type="checkbox"/> Evli	<input type="checkbox"/> Bekar <input type="checkbox"/> Evli	<input type="checkbox"/> Bekar <input type="checkbox"/> Evli	<input type="checkbox"/> Bekar <input type="checkbox"/> Evli	<input type="checkbox"/> Bekar <input type="checkbox"/> Evli
Çocuk sayısı						
Meslek						
Öğrenim durumu	<input type="checkbox"/> ilkokul <input type="checkbox"/> Ortaokul <input type="checkbox"/> Lise <input type="checkbox"/> Üniversite <input type="checkbox"/> Lisansüstü	<input type="checkbox"/> ilkokul <input type="checkbox"/> Ortaokul <input type="checkbox"/> Lise <input type="checkbox"/> Üniversite <input type="checkbox"/> Lisansüstü	<input type="checkbox"/> ilkokul <input type="checkbox"/> Ortaokul <input type="checkbox"/> Lise <input type="checkbox"/> Üniversite <input type="checkbox"/> Lisansüstü	<input type="checkbox"/> ilkokul <input type="checkbox"/> Ortaokul <input type="checkbox"/> Lise <input type="checkbox"/> Üniversite <input type="checkbox"/> Lisansüstü	<input type="checkbox"/> ilkokul <input type="checkbox"/> Ortaokul <input type="checkbox"/> Lise <input type="checkbox"/> Üniversite <input type="checkbox"/> Lisansüstü	<input type="checkbox"/> ilkokul <input type="checkbox"/> Ortaokul <input type="checkbox"/> Lise <input type="checkbox"/> Üniversite <input type="checkbox"/> Lisansüstü
Bağlı olduğu kurum ve sicil no. (Bağlı olduğu kurum nedeniyle bağlantılı kurum indirimi olması halinde yazılması gerekmektedir.)						
Yazışma adresi <input type="checkbox"/> Ev <input type="checkbox"/> İş						
E-posta						
Cep Telefon						
Telefon						
Herhangi bir hastalıktan dolayı ameliyat/ameliyatsız yatışlı tedavi/sakatlık/doktor takibi/sürekli ilaç kullanımı durumunuz söz konusu mu? Tedavisi devam eden hastalığınız var mı?		<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır

TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI SORU FORMU

Yukarıdaki soruya cevabınız "Evet" ise; sağlık beyanınıza yönelik aşağıdaki ilgili alanı lütfen doldurunuz.

	Sigortalı adayı	Eş	Çocuk	Çocuk	Çocuk
Ameliyat Adı/Ameliyatsız Yatışlı Tedavi Gördüğünüz Hastalık Adı / Sakatlık Adı					
Ameliyat Tarihi					
Ameliyatın Yapıldığı Kurum					
Sürekli Kullanılan İlaç Adları Hastalıklarınızla ilgili yapılan tetkik, tedavi sonuçları ve sağlık kurumunun adı					

2. Sizin ve/veya aile bireylerinizin daha önce herhangi bir sigorta Şirketinden ve/veya Şirketimizden bireysel veya kurumsal sağlık sigortası poliçesi oldu mu? Evet Hayır

Sigortalı Adı ve soyadı	Sigorta Şirketi	Dönemi (yıl olarak)	Bireysel/Kurumsal
1.	1.		
	2.		
	3.		
2.	1.		
	2.		
	3.		
3.	1.		
	2.		
	3.		

3. Tercih edilen ürün bilgileri

Ürünün geçerli olacağı network Network A Network B
İstenen Plan Yatışlı Tedavi Planı Yatışlı+Yatışsız Tedavi Planı
İsteğe Bağlı olarak alınacak teminat Doğum Tüp Bebek
Ödeme Tipi Nakit Otomatik Ödeme Mail order Sanal POS
Ödeme Koşulu _____ Taksit

4. Kredi kartı ödeme bilgileri (Prim ödemesi kredi kartından yapılacak ise bu alanı doldurunuz.)

Bu sigorta poliçesine ait ve poliçe üzerinde gösterilen ve bu talimatımın yürürlüğe gireceği ___/___/___ tarihi itibarıyla ödenmemiş prim peşinatı ve taksit tutarlarının aksine talimatıma kadar aşağıda bilgilerini verdiğim kredi kartı hesabımdan karşılanmasını, poliçemin, ancak ilk prim tutarının kredi kartı hesabımdan tahsil edilmesinden sonra geçerli olacağını kabul ve taahhüt ederim.

Ödeme tipi : Tek çekim Taksitli
Kart tipi : Visa MasterCard Primlerinizin ayın kaçında tahsil edilmesini istersiniz? _____
Kartı veren banka : _____
Kart numarası* : _____
Son kullanma tarihi : _____ / _____ CW (Güvenlik kodu) _____

Bu sigorta poliçemin, aksini yazılı olarak belirtmediğim sürece izleyen dönemlerde otomatik olarak yenilenmesini ve prim borcumun yukarıda bilgilerini verdiğim kredi kartımdan tahsil edilmesini rica ederim.

- BİLGİLERİ YUKARIDA BELİRTİLEN KREDİ KARTINDAN HERHANGİ BİR PRİM TAKSİDİNİN TAHSİL EDİLEMESİ DURUMUNDA TALİMATINIZ İPTAL EDİLECEKTİR. ANADOLU SİGORTA, KREDİ KARTINDAN TAHSİLAT YAPAMADIĞI HALLERDE, SİGORTA ETTİRENE BU DURUMU İHBAR ETMEKLE YÜKÜMLÜ DEĞİLDİR. KREDİ KARTINIZDAN TAHSİLAT YAPILMADIĞI TAKDİRDE POLİÇE BORÇLARINIZI TEMERRÜDE DÜŞMEDEN ÖDEYİNİZ. AKSİ DURUMDA POLİÇENİZE/POLİÇELERİNİZE YASAL İŞLEMLER UYGULANACAKTIR.
- KART BİLGİLERİNİZ DEĞİŞTİĞİ TAKDİRDE, "KREDİ KARTI İLE POLİÇE PRİMİ ÖDEME TALİMATI" NIZI YENİLEYİNİZ.
- FORMU TEŞLİM ALAN KİŞİ, KLAŞE ETMEDEN ÖNCE KART NUMARASININ İLK VE SON 4 HANESİ HARİÇ DİĞER 8 HANESİNİ VE GÜVENLİK KODU BÖLÜMÜNÜ OKUNMAYACAK ŞEKİLDE KARALAYACAKTIR.

TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI SORU FORMU

Beyanınıza dayanılarak düzenlenecek poliçenizdeki teminatların kapsamı, ihbar ve tazminat esasları hakkındaki ayrıntılı bilgiler, poliçenizle birlikte size verilecek olan ürün kitapçığı/genel şart/özel şart/klozlarda yer almaktadır. Dilerseniz bu bilgileri poliçenizi düzenlettirmeden önce de acentenizden veya Anadolu Anonim Türk Sigorta şirketi bölge müdürlüklerinden edinebilirsiniz.

Anadolu Anonim Türk Sigorta şirketi'ni, sigorta ettiren sıfatıyla, sigortalı olarak için bu formda bilgilerinizi doldurduğum tüm şahısların verdiği temsil yetkisine, açıklama ve taahhütlerine dayanarak, sigortalı olarak için bu formda bilgilerinizi doldurduğum tüm şahısların sağlık durumları ve özgeçmişleri ile ilgili her türlü bilgi ve kayıt kopyalarını sağlık kuruluşlarından, doktorlardan ve üçüncü şahıslardan almaya yetkili kıldığımı; bu formda bilgilerinizi doldurduğum tüm şahısların sağlık durumları ve özgeçmişleri ile ilgili her türlü bilgi ve kayıt kopyalarını veren sağlık kuruluşlarını, doktorları ve üçüncü şahısları sigortalı olacak kişilerin sağlık durumları hakkında bilgi vermeleri nedeniyle sorumlu tutmayacaklarını; ayrıca bu formda bilgilerinizi doldurduğum tüm şahısların sağlık bilgileri ile ilgili her türlü detayı Anadolu Anonim Türk Sigorta şirketi'nin Sigorta Bilgi Merkezi'ne ve süreç ile ilgili tüm 3. şahıslara aktarmasını kabul ettiğimizi beyan ve tasdik ederim. Sigortalı olarak için bu formda bilgilerinizi doldurduğum tüm şahısların gerçekte yetki vermemiş olmaları veya açıklama ve taahhütleri aksine davranmaları halinde, tüm sorumluluğun onlar adına sigorta ettiren sıfatıyla kendimde olduğunu kabul ettiğimi beyan ve tasdik ederim.

Başvuru sahibi olarak ayrıca, poliçe teminatının, benim veya sigortalı olacak aile bireylerinden herhangi birinin sigorta başlangıç tarihinden önce tedavi görmüş oldukları veya varlığından haberdar oldukları rahatsızlıklardan ileri gelecek tetkik ve tedavi giderlerini kapsamadığını biliyor ve kabul ediyorum.

Sigorta tazminatlarının, satın aldığım sağlık paketinin kapsam ve teminatları dahilinde ödeneceğini kabul ederim.

Bu formu doldurmamın Anadolu Anonim Türk Sigorta şirketi tarafından sigortalı olduğum(uz) anlamına gelmediğini, başvuru formunun kabul edilip, poliçenin düzenlenmesi ve prim tutarının ödenmesinden sonra sigorta teminatının yürürlüğe gireceğini kabul, beyan ve tasdik ederim.

Aşağıda imzası bulunan başvuru sahibi olarak gerek benim, gerekse sigortalı olarak istediğim aile bireyleri hakkında bu soru formunda ve sağlık beyanında verdiğim bilgilerin tam ve doğru olduğunu taahhüt ederim. Bu soru formunda ve sağlık beyanında beyan olunan değerlerin/bilgilerin doğru, tam ve gerçeğe uygun olduğunu ve gerçeğe aykırı beyanda bulunduğum takdirde sigorta sözleşmesinde doğan tüm haklarımdan peşinen vazgeçtiğimi kabul ve beyan ederim.

Ayrıca bu soru formunda sağlık beyanı alanında kendim ve sigortalı olacak aile bireyleri için işaretlediğim soruların "Hayır" olarak işleme alınmasını kabul ediyorum.

Sigortalı olacak kişiler (18 yaş ve üzeri çocukların imzası gereklidir.)

Adı ve Soyadı	Tarih	İmza
Eş	Tarih	İmza
1. Çocuk	Tarih	İmza
2. Çocuk	Tarih	İmza

Şirketimiz doktor değerlendirmesi

Adı Soyadı

İmza

Acente

Düzenleyen

Kontrol eden

Tarih - Saat

Adı Soyadı

Adı Soyadı

İmza / Kaşe

Tarih - Saat

Tarih - Saat

İmza / Kaşe

İmza / Kaşe

Tarafınıza beyan etmiş olduğum iletişim bilgilerinin değişmesi durumunda tarafınıza 10 iş günü içinde bildirim yapacağımı, aksi durumda tüm yazışmaların ve bildirimlerin Mernis sisteminde kayıtlı bulunan iletişim adresine yapılmasını kabul ve beyan ederim.