

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 her türlü sorumluluğu kabul ettiği anlamına gelir.

ÜRÜN VE ÖDEME ŞEKLİ	FİYAT TANITIMI NO ÜRÜN ADI: PRIM: Sigorta Başlangıç Tarihi/...../..... Prim Tahsil Aracı <input type="checkbox"/> Kredi Kartı <input type="checkbox"/> Havale (Havale ile ödemeye sadece peşinat ve peşin ödemeler için geçerlidir.) Prim Ödeme Şekli: % Peşin, Taksit <input type="checkbox"/> Bloke mi?
	Tüzel Kişi ise Firma Ünvanı Adı Soyadı Doğum Tarihi/...../..... Vergi Kimlik No T.C. Kimlik No Uyruk: T.C. <input type="checkbox"/> Diğer; Telefon Ev (.....) İş (.....) Faks (.....) Cep (.....) E-Posta@..... Adres Ev <input type="checkbox"/> İş <input type="checkbox"/> İl İlçe Posta Kodu ** Yabancı uyruklu sigortalıların vergi numarası veya yabancı 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/...../..... Eş/...../..... Çocuk/...../..... Çocuk/...../..... Çocuk/...../..... Yeni doğan bebek ilavelerinde bebeğin kaç haftalık dünyaya geldiğini belirtiniz.hafta * Yabancı uyruklu sigortalıların vergi numarası veya yabancı kimlik numaralarını yazmaları zorunludur.
	Adı Soyadı Sigara Kullanımı Tüketim(*) Alkol kullanımı Tüketim(**) Sigortalı Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Yıl/adet / gün Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Yıl/ kadeh / hafta Eş Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Yıl/adet / gün Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Yıl/ kadeh / hafta Çocuk Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Yıl/adet / gün Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Yıl/ kadeh / hafta Çocuk Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Yıl/adet / gün Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Yıl/ kadeh / hafta Çocuk Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Yıl/adet / gün Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Yıl/ kadeh / hafta (*) SİGARAYI BIRAKMIŞ OLAN KİŞİLER İÇİN DE KULLANIM BİLGİLERİNİN DOLDURULMASI ZORUNLUDUR. (**) ALKOL KULLANIMINDA SOSYAL İÇİCİ VE BENZERİ CEVAPLAR KABUL EDİLMEMEĞİNDEN LÜTFEN KADEH VE YIL BİLGİSİ GİRİNİZ.
SİGORTA KAPSAMINA ALINACAK KİŞİLER	Sizin ve aile bireylerinizin şirketimizde veya bir başka sigorta şirketinde kayıtlı, bitmiş ya da devam eden sağlık poliçesi var mı? Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Cevabınız "Evet" ise son biten poliçenizin Sigorta şirketi Poliçe no: Poliçe Bitiş Tarihi :/...../.....
	Adı Soyadı Doğum Tarihi Cinsiyet Boy (cm) Kilo (kg) T.C. Kimlik No/Vergi Kimlik No* Meslek Uyruk Sigortalı/...../..... Eş/...../..... Çocuk/...../..... Çocuk/...../..... Çocuk/...../..... Yeni doğan bebek ilavelerinde bebeğin kaç haftalık dünyaya geldiğini belirtiniz.hafta * Yabancı uyruklu sigortalıların vergi numarası veya yabancı kimlik numaralarını yazmaları zorunludur.
SİGORTALI ADRESİ	Adı Soyadı Sigara Kullanımı Tüketim(*) Alkol kullanımı Tüketim(**) Sigortalı Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Yıl/adet / gün Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Yıl/ kadeh / hafta Eş Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Yıl/adet / gün Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Yıl/ kadeh / hafta Çocuk Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Yıl/adet / gün Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Yıl/ kadeh / hafta Çocuk Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Yıl/adet / gün Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Yıl/ kadeh / hafta Çocuk Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Yıl/adet / gün Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Yıl/ kadeh / hafta (*) SİGARAYI BIRAKMIŞ OLAN KİŞİLER İÇİN DE KULLANIM BİLGİLERİNİN DOLDURULMASI ZORUNLUDUR. (**) ALKOL KULLANIMINDA SOSYAL İÇİCİ VE BENZERİ CEVAPLAR KABUL EDİLMEMEĞİNDEN LÜTFEN KADEH VE YIL BİLGİSİ GİRİNİZ.
	Sizin ve aile bireylerinizin şirketimizde veya bir başka sigorta şirketinde kayıtlı, bitmiş ya da devam eden sağlık poliçesi var mı? Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Cevabınız "Evet" ise son biten poliçenizin Sigorta şirketi Poliçe no: Poliçe Bitiş Tarihi :/...../.....
TAZMİNAT ÖDEME ŞEKLİ	Hesap Sahibinin Adı Soyadı Banka Adı Vergi Kimlik No Şube Adı Banka Hesap Numarası T.C. Kimlik No IBAN NO
	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? (CEVABINIZ EVET İSE; tedavi gören kişinin adı, tedavi açıklaması, tarihi, tedavi olunan kurum ve kişinin güncel sağlık durumu hakkında açıklama yapınız. Hastane yatış evrakları ve ameliyat olduysa ameliyat raporunu gönderiniz.) Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>
SAĞLIK BEYANI	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 ? CEVABINIZ EVET İSE; kişinin adı ve konu ile ilgili tüm evrakları gönderiniz. Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>
	3-) Sigorta kapsamına alınacak kişilerin şu an planlanan ya da devam eden bir tıbbi tedavisi veya ameliyat olasılığı var mı? CEVABINIZ EVET İSE; kişinin adı ve planlanan tedaviler ile ilgili ayrıntılı açıklama yapınız. Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>
	4-) Sigorta kapsamına alınacak kişiler şu an herhangi bir ilaç kullanıyor mu ? Geçmişte grip, soğuk algınlığı veya tekrarlayıcı olmayan baş ağrıları dışında ilaç kullanımı oldu mu ? (CEVABINIZ EVET İSE; kişinin adı ile birlikte bu tanım dışında kalan tüm hastalıklarla ilgili kullanılan ilaçların adını, kullanım süresinin ve tarihini açıklayınız) Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>

