

SAĞLIK SİGORTASI BAŞVURU FORMU

Müşteri Numarası : _____

Başvuru Kayıt No : _____

Müşteri Adı Soyadı/Ünvanı : _____



SAĞLIK SİGORTASI BAŞVURU FORMUEvrak No: **ÖS**

Lütfen Başvuru Formunu büyük harflerle okunaklı doldurunuz.

Aracı Bilgileri

Şube Kodu / Sicil No : _____ Aracı Sicil No : _____
Sigortalama Türü : Yeni ☐ Yenileme ☐ Geçiş ☐

SİGORTALI ADAYI

Tabiyeti : KKTC ☐ TC ☐ Diğer ☐ _____ (Belirtiniz) Kimlik No : _____
Adı Soyadı : _____
Cinsiyeti : K ☐ E ☐ Medeni Durumu : Evli ☐ Bekar ☐
Doğum Yeri : _____ Doğum Tarihi : _____
Baba Adı : _____ Anne Kızlık Soyadı : _____
GSM No : _____
Meslek/Çalıştığı Şirket : _____
Telefon No : _____ Faks No : _____
Yazışma Adresi : _____
Posta Kodu : _____
E-Posta : _____
Tercih Edilen İletişim Kanalı E-Posta ☐ Faks ☐ Posta ☐

Kimlik Bilgileri ibraz edilen kimlik belgesinin aslı görüldükçe düzenlenmiştir. (Sigorta Katılım Yaşı : 0-64 Yaş Arasıdır. Çocuklar en az bir ebeveynin de sigortalınması şartı ile sigortalı olabilirler. 25 yaş ve altındaki bekar çocuklar aile policesi kapsamında sigortalı olmaya devam edebilirler.)

TEMİNAT ALTINA ALINACAK ŞAHISLAR

Adı - Soyadı	Yakınlık Derecesi	Doğum Tarihi	Cinsiyet	Boy / Kilo	Kimlik No	Öğrenim Durumu	Mesleği
	Eş	___ / ___ / ___		___ cm - ___ kg			
	1. Çocuk	___ / ___ / ___		___ cm - ___ kg			
	2. Çocuk	___ / ___ / ___		___ cm - ___ kg			
	3. Çocuk	___ / ___ / ___		___ cm - ___ kg			

SİGORTA ETTİREN

* Sigorta ettirenle sigortalı adayı aynı kişi ise sigorta ettiren bilgilerini doldurmayınız.

Gerçek Kişi Bilgileri

Tabiyeti : KKTC ☐ TC ☐ Diğer ☐ _____ (Belirtiniz) Kimlik No : _____
Adı Soyadı : _____
Cinsiyeti : K ☐ E ☐ Medeni Durumu : Evli ☐ Bekar ☐
Doğum Yeri : _____ Doğum Tarihi : _____
Baba Adı : _____ Anne Kızlık Soyadı : _____
GSM No : _____
Meslek/ Çalıştığı Şirket : _____ / _____
Telefon No : _____ Fax No : _____
Yazışma Adresi : _____
E-Posta : _____ Posta Kodu : _____
Tercih Edilen İletişim Kanalı E-Posta ☐ Faks ☐ Posta ☐

Tüzel Kişi

Firma Adı / Ünvan : _____
Vergi Kimlik No : _____ Faaliyet Konusu : _____
Adres : _____ GSM No : _____

PLAN VE PRİM

Başlangıç Tarihi : ___ / ___ / ___ Bitiş Tarihi : ___ / ___ / ___
Seçilen Plan : Plan 1 ☐ Plan 2 ☐ Plan 3 ☐ Plan 4 ☐ Plan 5 ☐ Plan 6 ☐

ÖDEME BİLGİLERİ

Prim Ödeme Şekli : Nakit ☐ Havale ☐ Kredi Kartı ☐ Bankomat ☐ Prim Ödeme Planı : Peşin ☐ Taksit ☐

SAĞLIK SİGORTASI BAŞVURU FORMU

Evrak No: **ÖS**

ÖDEME PLANI

Vade Tarihi	Prim Tutarı	Vade Tarihi	Prim Tutarı
1. ___ / ___ / ___	_____ TL	5. ___ / ___ / ___	_____ TL
2. ___ / ___ / ___	_____ TL	6. ___ / ___ / ___	_____ TL
3. ___ / ___ / ___	_____ TL	7. ___ / ___ / ___	_____ TL
4. ___ / ___ / ___	_____ TL	8. ___ / ___ / ___	_____ TL

KREDİ KARTI BİLGİLERİ (Sigorta Ettiren ile kredi kartı sahibi aynı kişi olmalıdır.)

1. KREDİ KARTI BİLGİLERİ (Bu karttan prim tutarı tahsil edilemezse 2. karttan işlem yapılacaktır. Sigorta süresi içinde kredi kartımın yenilenmesi yada değiştirilmesi durumunda sigorta prim tahsilatlarının ve/veya poliçenin yenilenmesi halinde, tahsilatın yeni kredi kartımdan yapılması için Near East Hayat Ltd.'ye yetki veriyorum. Poliçenin yenilenmesi halinde prim tutarının yukarıdaki ödeme planına göre kredi kartımdan tahsil edilmesine izin veriyorum.)

Kredi Kartı No : _____

Banka Adı : _____

Kredi Kartı Sahibi : _____

Son Kullanım Tarihi : ___ / ___ / ___ CVV : _____ Kart Türü: Visa ☐ Master ☐

2. KREDİ KARTI BİLGİLERİ (Sadece 1. karttan tahsilatın gerçekleşmediği durumda işlem yapılacaktır.)

Kredi Kartı No : _____

Banka Adı : _____

Kredi Kartı Sahibi : _____

Son Kullanım Tarihi : ___ / ___ / ___ CVV : _____ Kart Türü: Visa ☐ Master ☐

SİGORTALI ADAYININ SAĞLIK BEYANI

Aşağıda belirtilen hastalıklara siz veya sigortalanacak aile bireylerinden herhangi biri maruz kaldı mı? ☐ Evet ☐ HayırBu nedenle tetkik ve tedavi gördü mü? ☐ Evet ☐ Hayır

- | | |
|--|---|
| ☐ AIDS | ☐ Kolesterol |
| ☐ Akciğer ve Solunumu Hastalıkları | ☐ Kist, Miyom, Tümör |
| ☐ Allerjik Hastalıklar | ☐ Kronik Baş Ağrısı |
| ☐ Astım Bronşit Tüberküloz | ☐ Kronik Bel Ağrısı |
| ☐ Romatizma | ☐ Kulak, Burun ve Boğaz Hastalıkları |
| ☐ Bağırsak Hastalığı (Kronik İsal, Kabızlık) | ☐ Meme Hastalıkları |
| ☐ Böbrek Hastalıkları | ☐ Nörolojik Hastalıklar |
| ☐ Dalak Hastalıkları | ☐ Pankreas Hastalıkları |
| ☐ Deri Hastalıkları | ☐ Psikiyatrik Rahatsızlıklar |
| ☐ Göz Hastalıkları (Gözlük Kullanımı Hariç) /Görme Bozuklukları | ☐ Jinekolojik Hastalıklar (Rahim, Yumurtalık ve Diğer) |
| ☐ Guatr | ☐ Safra Kesesi Hastalıkları |
| ☐ Hepatit | ☐ Sara (Epilepsi) Hastalığı |
| ☐ Hemoroid | ☐ Sarılık,Siroz ve Diğer Karaciğer Hastalıkları |
| ☐ Hormonal Bozukluk | ☐ Sindirim Sistemi Hastalıkları |
| ☐ İdrar Yolu Hastalıkları / İdrar Kaçırma | ☐ Şeker Hastalıkları |
| ☐ İnme (Felç) | ☐ Hipertansiyon |
| ☐ Kalp Krizi | ☐ Kanser |
| ☐ Kalp ve Damar Hastalıkları | ☐ Varis |
| ☐ Kan ya da Lenf Bezi Hastalıkları | ☐ Zührevi Hastalıklar |
| ☐ Fitik | ☐ Diğer _____ Açıklama: _____ |

SAĞLIK SİGORTASI BAŞVURU FORMUEvrak No: **ÖS**

Aşağıda listelenen sorulara siz ve sigortalanacak aile bireyleri adına cevap vermeniz gerekmektedir. Lütfen Açıklama Tablosu'nda ayrıntılı bilgi veriniz. Yanıtın boş bırakılması sorunun hayır olarak yanıtladığı anlamına gelecektir. "Evet" cevabı verilen sorularda "Ad Soyadı" bölümüne sağlık özgeçmişini bildirilen aile bireyinin ismi yazılmalıdır.

	Açıklama/Hastalık adı	Kullanılan İlaçlar	Teşhis Tarihi	Ameliyat Tarihi
Düzenli kullandığınız ilaç var mı? ☐ Evet ☐ Hayır				
ADI SOYADI:				
Herhangi bir hastalıktan su an tıbbi tedavi görüyor musunuz/ gördünüz mü? ☐ Evet ☐ Hayır				
ADI SOYADI:				
Herhangi bir ameliyat / cerrahi müdahale geçirdiniz mi? ☐ Evet ☐ Hayır				
ADI SOYADI:				
Doğuştan ya da sonradan oluşan hastalık, fiziksel eskiklik ya da şekil bozukluğunuz var mı? ☐ Evet ☐ Hayır				
ADI SOYADI:				
Geçirdiğiniz kaza var mı? ☐ Evet ☐ Hayır				
ADI SOYADI:				
Tedavi görülmesi gereken bir hastalığınız var mı? ☐ Evet ☐ Hayır				
ADI SOYADI:				
Ameliyat veya tıbbi müdahale gereken bir hastalığınız var mı? ☐ Evet ☐ Hayır				
ADI SOYADI:				
Henüz tanısı konmamış olsa da herhangi bir sağlık şikayetiniz oldu mu? ☐ Evet ☐ Hayır Bu şikayetler ilgili kan idrar tahlili, EKG, röntgen, MR, tomografi, ultrasonografi, sintigrafi, mamografi, biopsi anjiografi, gastroskopi, kolonoskopi, rektoskopi, bronkoskopi, sistoskopi, holter, uyku testi, dopler, troid vb. tanı testleri yapıldı mı? Yapıldıysa sonuçlarını paylaşmanızı rica ederiz.				
ADI SOYADI:				
Şu anda tamamen sağlıklı mısınız? ☐ Evet ☐ Hayır				
ADI SOYADI:				

Kadınlar için;

Şuan hamile misiniz? Son adet tarihiniz nedir?

☐ Evet☐ Hayır

Son Adet Tarihi: ____ / ____ / ____

Doğum yada düşük yaptınız mı? (normal doğum / sezeryan belirtiniz)

☐ Evet☐ Hayır

Açıklayınız : _____

Düzenli tütün kullanıyor musunuz?

☐ Evet☐ Hayır

Adet Belirtiniz ; _____

Alkol kullanıyor musunuz?

☐ Evet☐ Hayır

Tüketim Miktarı (Kadeh) : _____

Profesyonel yada amatör lisanslı olarak yaptığınız spor dalı var mı?

☐ Evet☐ Hayır

Spor Dalı ; _____

Bu formu bilgi ve kanaatime göre eksiksiz doldurduğumu, Near East Hayat Ltd.'nin bilmesi gereken herhangi bir bilgiyi gizlemediğimi beyan ederim. Başvuru formunun Near East Hayat Ltd. ile aramızdaki sözleşmenin temeli olacağını; doldurduğum formun başvuru formu niteliğinde olduğunu; Near East Hayat Ltd. tarafından yapılacak değerlendirme sonucuna göre başvurumun poliçeleştirileceğini; talebimin reddedilmesi halinde ret bildiriminin yazılı ve gerekçeli olarak yapılacağını, yaptığım peşin ödemenin 30 gün içinde hesabıma iade edileceğini kabul ederim.

Sözleşmenin Ferdi Kaza ve Sağlık Sigortaları Genel Şartları ile Near East Hayat Ltd. Özel Şartlarına göre hazırlandığını, sigorta başlangıcından önce var olan bir hastalık ve/veya yaralanmaya dayanan tedavi ve komplikasyonlarının gelişmesi halinde tazminat talebinin bu şartlara göre değerlendirileceğini kabul ediyorum.

Sigorta kapsamındaki bireylerin sağlığı ile ilgili her türlü sağlık kuruluşundan, doktordan veya üçüncü şahıslardan yazılı ve/veya sözlü bilgi ve/veya sağlık raporu ve/veya belge alınmasına; poliş ile ilgili bilgilerin polis, adli kurumlar ile paylaşılmasına izin veriyorum. Poliçe şartlarını etkileyecek yeni bilgi öğrendiğim zaman sigorta şirketine bilgi vereceğimi kabul ve beyan ederim. Sigorta şirketinin tazminat ödemesinin ardından her türlü yasal talep, dava hakkı, bunların takibi ve rücu hakkını sigorta şirketine temlik ettiğimi kabul ederim.

Başvuru formunda belirtilen ödeme şekline göre Near East Hayat Ltd.'nin sigorta primini kredi kartımdan tahsil etmesine, kredi kartımın yenilenmesi veya değiştirilmesi halinde yeni kredi kartımdan tahsilat yapılmasına onay veririm.

Tercih ettiğim Near East Hayat Sağlık Sigortası Planı kapsam ve içeriği hakkında bilgilendirildiğimi kabul ve beyan ederim.

Sigorta hakkında daha ayrıntılı bilgi için Sağlık Sigortaları Genel Şartları ve Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği'ne başvurunuz. www.neareasthayat.com

Sigorta Ettirenin Adı Soyadı, Tarih ve İmza

Sigorta Danışmanı/Acente - Banka Şubesi Yetkilisinin Adı Soyadı, Tarih ve İmza