



BİREYSEL SAĞLIK SİGORTASI BAŞVURU FORMU

SİGORTA ETTİREN

Adı Soyadı

İş Telefonu

Ev Telefonu

GSM

E-Posta

T.C. Kimlik No

Vergi No

Adres

BANKA BİLGİLERİ

Banka Adı

Şube Adı

Hesap No

IBAN

Hesap Sahibi

SİGORTALI AİLE BİREYLERİ

Fert / Eş / Çocuk

Doğum Tarihi

Cinsiyet

Medeni Hal

Meslek

Boy

Kilo

Geçiş / Yenileme / İlk Yıl

PLAN SEÇİMİ

Yatarak

Ayakta

Limitsiz Annelik

Police Başlangıç Tarihi

SAĞLIK BEYANI (TÜM SORULAR)

Hipertansiyon	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Kolesterol	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Kalp Hastalıkları	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Damar Hastalıkları	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Diyabet	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
İyi Huylu Tümör	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Kanser	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Omurga ve Eklem Hastalıkları	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Kas ve Kemik Hastalıkları	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Hormon Bozuklukları	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Tiroit Hastalıkları	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Kan Hastalıkları	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Sinir Sistemi Hastalıkları	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Solunum Hastalıkları	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Kulak Burun Boğaz Hastalıkları	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Sindirim Sistemi Hastalıkları	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Karaciğer Hastalıkları	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Kadın Hastalıkları	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Ürolojik Hastalıklar	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Meme Hastalıkları	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Psikiyatrik Hastalıklar	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Fıtık	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Romatizmal Hastalıklar	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Anorektal Hastalıklar	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Varis	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Genetik Hastalıklar	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Deri Hastalıkları	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Multipl Skleroz	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Epilepsi	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Göz Hastalıkları	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Kulak Hastalıkları	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Gelişim Bozuklukları	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Üriner Sistem Hastalıkları	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Diğer	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır

EK SAĞLIK BİLGİLERİ

Tetkik (MR, BT vb.)

Tanı
Tedavi
İlaç
Doktor / Hastane

EK RİSK SORULARI

Hamilelik durumu
Motosiklet / ATV kullanımı
Tehlikeli sporlar

SİGORTA GEÇMİŞİ

Başka sigorta var mı
Sigorta şirketi
Poliçe no
Başlangıç / bitiş

BEYAN

Bilgilerin doğruluğunu kabul ederim
İmza
Tarih