



TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI SORU FORMU

1. SİGORTA ETTİREN BİLGİLERİ

Adı Soyadı / Ünvanı

TCKN / Vergi No

Adres

Telefon / GSM / E-posta

IBAN / Banka bilgileri

2. SİGORTALILAR (AİLE BİREYLERİ)

Sigortalı (Fert) bilgileri

Eş bilgileri

Çocuk bilgileri (1,2,3)

Doğum tarihi / cinsiyet / medeni hal

Meslek / boy / kilo

3. PLAN VE TEMİNAT

Yatarak tedavi seçimi

Ayakta tedavi seçimi

Doğum teminatı

Plan seçimi

4. SAĞLIK BEYANI (KRİTİK)

Hipertansiyon

Kolesterol

Kalp hastalıkları

Diyabet

Kanser

Omurga ve eklem hastalıkları

Psikiyatrik hastalıklar

Göz / kulak hastalıkları

Diğer hastalıklar

5. DETAYLI SAĞLIK GEÇMİŞİ

Tedavi geçmişi

Tetkik bilgileri (MR, BT vb.)

Tanı tarihi

Kullanılan ilaçlar

Doktor / hastane bilgileri

6. EK RİSKLER

Hamilelik durumu

Motosiklet / ATV kullanımı

Tehlikeli sporlar

Ek teminat talepleri

7. SİGORTA GEÇMİŞİ

Önceki sağlık sigortası

Sigorta şirketi

Police no

Giriş / bitiş tarihleri

8. ÖDEME PLANI

Peşinat

Taksit planı

Toplam prim

9. BEYAN VE ONAY

Bilgilerin doğruluğu

KVKK onayı

İmza

Tarih