



BİREYSEL YENİDOĞAN SAĞLIK BAŞVURU FORMU

POLİÇE BİLGİLERİ

Poliçe No
Sigorta Ettiren
Bebğin Teminat Planı
Prim

SİGORTA KAPSAMINA ALINACAK BEBEK

Adı Soyadı
T.C. Kimlik No
Anne Adı
Baba Adı
Doğum Tarihi
Hastaneden Çıkış Tarihi

DOĞUM VE GÜNCEL ÖLÇÜLER

Boy (cm)
Kilo (gr)
Baş Çevresi (cm)

SAĞLIK BEYANI

Annenin hamileliği sırasında herhangi bir hastalık oldu mu?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Ailede genetik / metabolik hastalık var mı?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Bebekte doğum sonrası hastalık / ameliyat oldu mu?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Bebenin başka bir sağlık sorunu var mı?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır

EK AÇIKLAMALAR

Kan uyumsuzluğu	
Diyabet	
Düşük tehdidi	
Preeklampsi / Eklampsi	
Diğer (açıklayınız)	

BEYAN

Bilgilerin doğruluğunu kabul ederim	
İmza	
Tarih	