

SAĞLIK BEYAN FORMU

(LÜTFEN SAĞLIK BEYAN FORMUNUZU
BÜYÜK HARFLERLE VE OKUNAKLI EKSIKSİZ BİR ŞEKİLDE DOLDURUNUZ.)

TEKLİF NO	:	
ACENTE KODU	:	

SİGORTALI ADAYININ

ADI	:		UYRUĞU	:	
SOYADI	:		İŞE GİRİŞ TARİHİ	:	/ /
DOĞUM TARİHİ	:	/ /	ORTAK NO	:	
MESLEĞİ	:		SICIL NO	:	
TEL	:	0 ()	ÇALIŞTIĞI ŞUBE / ŞİRKET/ KOOP. / DERNEK ADI	:	
E-MAIL	:	@	SEÇTİĞİNİZ PLAN	:	
MEDENİ HALİ	:	Evli <input type="checkbox"/> Bekar <input type="checkbox"/>	TAZMINATIN ÖDENECEĞİ BANKA/ŞUBE ADI	:	
CİNSİYETİ	:	Kadın <input type="checkbox"/> Erkek <input type="checkbox"/>	HESAP NO	:	
BOY / KİLO	:	Cm. / Kg.	TC. KİMLİK NO	:	
KAN GRUBU	:		Kimlik numaranız yoksa lütfen nüfus cüzdanı fotokopisini forma ekleyiniz.		

TEMİNAT ALTINA ALINACAK DİĞER ŞAHISLAR

	Adı, Soyadı	Doğum Tarihi	Cinsiyeti	Mesleği	TC. Kimlik No
EŞİ	:	/ /			
ÇOCUKLARI	1	/ /			
	2	/ /			
	3	/ /			
	4	/ /			

Aşağıdaki soruları hem kendiniz hem de teminat altına almak istediğiniz kişiler (Sigortalı adayının eşi, 25 yaşından küçük ve bekar çocukları) için cevaplayınız.
1,2,3,4,5,6,12. Sorularda, ilgili sağlık raporlarınızı da ekleyiniz.

1- HERHANGİ BİR RAHATSIZLIK İLE İLGİLİ TEDAVİ / AMELİYAT GEÇİRDİYSENİZ BELİRTİNİZ.

SİGORTALI	:	
EŞİ	:	
ÇOCUKLARI	:	

2- TÜMÖR, UR, KİST, NODÜL V.S. ALDIRDIYSANIZ VEYA BUNLARLA İLGİLİ BİYOPSİ YAPTIRDIYSANIZ BELİRTİNİZ.

SİGORTALI	:	
EŞİ	:	
ÇOCUKLARI	:	

3- FİZİK TEDAVİ, KEMOTERAPİ, RADYOTERAPİ TEDAVİSİ GÖRDÜYSENİZ BELİRTİNİZ.

SİGORTALI	:	
EŞİ	:	
ÇOCUKLARI	:	

4- FELÇ VEYA EŞDEĞER BİR RAHATSIZLIK GEÇİRDİYSENİZ BELİRTİNİZ.

SİGORTALI	:	
EŞİ	:	
ÇOCUKLARI	:	

5- ŞU AN HERHANGİ BİR AMELİYATI GEREKTİREN RAHATSIZLIĞINIZ MEVCUT İSE BELİRTİNİZ.

SİGORTALI	:	
EŞİ	:	
ÇOCUKLARI	:	

11- YUKARIDA BELİRTİLENLERİN DIŞINDA BAŞKA SAĞLIK SORUNLARINIZ VAR MI ? AYRINTILI OLARAK BELİRTİNİZ.

SİGORTALI :	
EŞİ :	
ÇOCUKLARI :	

12- EN SON NE SEBEP İLE DOKTORA GİTTİNİZ ? (TARİHİ İLE BİRLİKTE BELİRTİNİZ)

SİGORTALI :	
EŞİ :	
ÇOCUKLARI :	

13- DÜZENLİ KULLANDIĞINIZ BİR İLAÇ VARSA BELİRTİNİZ.

SİGORTALI :	
EŞİ :	
ÇOCUKLARI :	

14- SİGARA KULLANIYOR MUSUNUZ ? EVET İSE GÜNDE KAÇ TANE OLDUĞUNU BELİRTİNİZ.

SİGORTALI :	
EŞİ :	

15- ALKOL KULLANIYOR MUSUNUZ ? EVET İSE HANGİ ARALIKLARDA OLDUĞUNU BELİRTİNİZ.

SİGORTALI :	
EŞİ :	

16- ALKOL, TÜTÜN VEYA BAĞIMLILIK YARATAN BAŞKA BİR MADDE NEDENİYLE TEDAVİ GÖRDÜNÜZ MÜ ?

SİGORTALI :	
EŞİ :	
ÇOCUKLARI :	

17- VÜCUT YAPINIZDA FİZİKSEL EKSİKLİK YA DA ŞEKİL BOZUKLUĞUNUZ VAR MI ? AÇIKLAYINIZ.

SİGORTALI :	
EŞİ :	
ÇOCUKLARI :	

18- EKSİK UZVUNUZ VAR MI ? BELİRTİNİZ.

SİGORTALI :	
EŞİ :	
ÇOCUKLARI :	

19- DOĞUMSAL (KONJENİTAL) BİR RAHATSIZLIĞINIZ VAR MI ?

SİGORTALI :	
EŞİ :	
ÇOCUKLARI :	

20- VUCUDUNUZUN HERHANGİ BİR YERİNDE UYUŞMA, AĞRI HİSSİ V.B. BELİRTİLER VAR MI ? BELİRTİNİZ.

SİGORTALI :	
EŞİ :	
ÇOCUKLARI :	

21- AŞAĞIDAKİ SPORLARLA UĞRAŞIYOR YA DA UĞRAŞMAYI DÜŞÜNÜYOR MUSUNUZ ?

	S	E	Ç1	Ç2	Ç3		S	E	Ç1	Ç2	Ç3
Paraşüt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	* Solunum Cihazları ile Dalma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dağcılık	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	* Otomobil Sporları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Süzülerek Uçuş	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	* Motorsiklet Sporları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Binicilik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	* Kayak ya da Patinaj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pervaneli Uçak Pilotluğu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

*S: Sigortalı E: Eşi Ç1: 1.Çocuk Ç2: 2.Çocuk Ç3: 3.Çocuk

22- LİSANSLI OLARAK SPOR YAPIYOR MUSUNUZ ? CEVABINIZ EVET İSE AÇIKLAYINIZ ?

SİGORTALI :	
EŞİ :	
ÇOCUKLARI :	

23- DAHA ÖNCE HERHANGİ BİR ŞİRKETTE SAĞLIK SİGORTANIZ VAR MIYDI ?

	Sigorta Şirketi Adı		Poliçe Numarası	Yıl		
1		1			Ferdi <input type="checkbox"/>	Grup <input type="checkbox"/>
2		2			Ferdi <input type="checkbox"/>	Grup <input type="checkbox"/>
3		3			Ferdi <input type="checkbox"/>	Grup <input type="checkbox"/>

*** EĞER CEVABINIZ EVET İSE POLİÇENİZİN VE VARSA EK ŞARTLARINIZIN ARKALI ÖNLÜ FOTOKOPİSİNİ EKLEYİNİZ.**

Bu formdaki beyanımın eksiksiz ve doğru olduğunu ve şirketin bilmesi gereken herhangi bir şartı gizlemediğimi beyan ederim. Sağlık Sigortası poliçe genel ve özel şartlarına uymayı ve bu formdaki beyanların şirket ile aramızdaki sigorta sözleşmesinin temeli olacağını ve şirketin sigorta teminatı verip vermemekte serbest olduğunu kabul ediyorum. Başlangıcı, poliçedeki sigorta başlangıç tarihinden önceye dayanan hastalık veya yaralanma sonucu ortaya çıkan tedavilerin veya komplikasyonlarının poliçe şartlarındaki ilgili maddelere tabi olacağını kabul ediyorum. Kendim ve/veya sigorta kapsamındaki aile bireylerim ile ilgili olarak her türlü sağlık kuruluşundan veya diğer üçüncü şahıslardan bilgi-belge toplanmasına izin veriyorum. Bildireceğim banka hesap numarasına tazminat ödenince, şirket ibra edilmiş olacaktır. Yapılacak tazminat ödemelerini, kendim, ve/veya sigorta kapsamındaki aile bireylerim adına, tarafımıza ödenmek üzere tahsil ve bu hususta Groupama Sigorta A.Ş.'yi ibra etme konularında başkalarını da tevkile yetkili olmak üzere sigorta akdinde sigorta ettiren sıfatını taşıyan çalıştığım şirket/şube yetkilidir.

Not: Yukarıdaki soruların boş geçilmesi halinde "hayır" kabul edilecektir.

ÇAĞRI MERKEZİ: 444 0 999

**SİGORTALI ADAYI
AD SOYADI
İMZA - TARİH**

**GROUPAMA SİGORTA A.Ş.
ACENTE AD-SOYAD
ACENTE KODU
(KAŞE-TARİHİ-İMZA)**