

Başvuru formu sigorta ettiren tarafından kendi el yazısı ile doldurulmalıdır. Sigorta ettirenin kendi el yazısı ile doldurulmamış bir başvuru formunu imzalaması, formda verilen tüm bilgileri okuduğu, doğruluğunu teyit ettiği ve her türlü sorumluluğu kabul ettiği anlamına gelir.

ÜRÜN VE ÖDEME ŞEKLİ	FİYAT TANITIMI NO ÜRÜN ADI: PRIM: Sigorta Başlangıç Tarihi/...../.....							
	Prim Tahsil Aracı <input type="checkbox"/> Kredi Kartı <input type="checkbox"/> Havale (Havale ile ödeme sadece peşinat ve peşin ödemeler için geçerlidir.) Prim Ödeme Şekli: % Peşin, Taksit <input type="checkbox"/> Blokel mi?							
SİGORTA ETTİREN	Tüzel Kişi ise Firma Ünvanı.....							
	Adı..... Soyadı..... Doğum Tarihi/...../.....							
	Vergi Kimlik No T.C. Kimlik No Uyruk: T.C. <input type="checkbox"/> Diğer;							
	Ev (.....) İş (.....) Faks (.....) Cep (.....) E-Posta@..... Ev <input type="checkbox"/> İş <input type="checkbox"/> İl İlçe Posta Kodu							
** Yabancı uyruklu sigortalıların vergi numarası veya yabancı kimlik numaralarını yazmaları zorunludur.								
SİGORTA KAPSAMINA ALINACAK KİŞİLER	Adı Soyadı Doğum Tarihi Cinsiyet Boy (cm) Kilo (kg) T.C. Kimlik No/Vergi Kimlik No* Meslek Uyruk							
	Sigortalı/...../.....							
	Eş/...../.....							
	Çocuk/...../.....							
	Çocuk/...../.....							
	Çocuk/...../.....							
	Çocuk/...../.....							
	Yeni doğan bebek ilavelerinde bebeğin kaç haftalık dünyaya geldiğini belirtiniz.hafta							
	* Yabancı uyruklu sigortalıların vergi numarası veya yabancı kimlik numaralarını yazmaları zorunludur.							
	Adı Soyadı Sigara Kullanımı Tüketim(*) Alkol kullanımı Tüketim(**)							
Sigortalı Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Yıl/adet / gün Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Yıl...../ kadeh / hafta								
Eş Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Yıl/adet / gün Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Yıl...../ kadeh / hafta								
Çocuk Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Yıl/adet / gün Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Yıl...../ kadeh / hafta								
Çocuk Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Yıl/adet / gün Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Yıl...../ kadeh / hafta								
Çocuk Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Yıl/adet / gün Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Yıl...../ kadeh / hafta								
Çocuk Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Yıl/adet / gün Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Yıl...../ kadeh / hafta								
(*) SİGARAYI BIRAKMIŞ OLAN KİŞİLER İÇİN DE KULLANIM BİLGİLERİNİN DOLDURULMASI ZORUNLUDUR.								
(**) ALKOL KULLANIMINDA SOSYAL İÇİCİ VE BENZERİ CEVAPLAR KABUL EDİLMEYECEĞİNDEN LÜTFEN KADEH VE YIL BİLGİSİ GİRİNİZ.								
Sizin ve aile bireylerinizin şirketimizde veya bir başka sigorta şirketinde kayıtlı, bitmiş ya da devam eden sağlık poliçesi var mı?								
Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>								
Cevabınız "Evet" ise son biten poliçenizin Sigorta şirketi..... Poliçe no: Poliçe Bitiş Tarihi :/...../.....								
SİGORTALI ADRESİ	Ev (.....) İş (.....) Faks (.....)							
	Cep (.....) E-Posta@..... Ev <input type="checkbox"/> İş <input type="checkbox"/> İlçe İl Posta Kodu							
(Sigortalının Sigorta Ettiren ile aynı olması durumunda bu kısmın doldurulmasına gerek yoktur)								
TAZMİNAT ÖDEME ŞEKLİ	Hesap Sahibinin Adı Soyadı Banka Adı Vergi Kimlik No							
	Şube Adı Banka Hesap Numarası T.C. Kimlik No							
SAĞLIK BEYANI	IBAN NO							
	1-) Sigorta kapsamına alınacak kişiler şu ana kadar herhangi bir ameliyat geçirdi mi? Herhangi bir nedenden dolayı hastanede ya da evde tedavi gördü mü ? İmplant (vida, plak, çivi vb.) mevcut mu? (CEVABINIZ EVET İSE; tedavi gören kişinin adı, tedavi açıklaması, tarihi, tedavi olunan kurum ve kişinin güncel sağlık durumu hakkında açıklama yapınız. Hastane yatış evrakları ve ameliyat olduysa ameliyat raporunu gönderiniz.) Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>							
	2-) Sigorta kapsamına alınacak kişiler kanser ile ilgili tedavi gördü mü? Tanı amaçlı parça (biopsi) aldırdı mı ? İyi huylu tümör, nevüs (ben), nodül ya da ur çıkartıldı mı ? CEVABINIZ EVET İSE; kişinin adı ve konu ile ilgili tüm evrakları gönderiniz. Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>							
	3-) Sigorta kapsamına alınacak kişilerin şu an planlanan ya da devam eden bir tıbbi tedavisi veya ameliyat olasılığı var mı? CEVABINIZ EVET İSE; kişinin adı ve planlanan tedaviler ile ilgili ayrıntılı açıklama yapınız. Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>							
4-) Sigorta kapsamına alınacak kişiler şu an herhangi bir ilaç kullanıyor mu ? Geçmişte grip, soğuk algınlığı veya tekrarlayıcı olmayan baş ağrıları dışında ilaç kullanımı oldu mu ? (CEVABINIZ EVET İSE; kişinin adı ile birlikte bu tanım dışında kalan tüm hastalıklarla ilgili kullanılan ilaçların adını, kullanım süresinin ve tarihini açıklayınız) Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>								

FİYAT TANITIMI NO :

SAĞLIK BEYANI

5-) Sigorta kapsamına alınacak bireyler bugüne kadar laboratuvar tetkikleri, kan ya da idrar tahlilleri, röntgen, MR, tomografi, endoskopi, angio, doppler, tiroid, EKO, Efor Testi, Holter, Mamografi, sintigrafisi, ultrason, kemik ölçümü, uyku testi veya benzeri tanı amaçlı işlem yaptırdı mı? Bu tetkiklerden sonucu normal değerler dışında çıkan oldu mu? CEVABINIZ EVET İSE; kişinin adı ve tetkik sonuçlarını gönderiniz. Sonuçlara ulaşamıyorsanız normal değerlerin dışında çıkan testler hakkında açıklama yapınız.

Evet Hayır

6-) Henüz tanı konmamış olsa bile sizin ya da doktorunuzun kontrolünü yaptığı bir sağlık takibi var mı? (Örneğin tansiyon yüksekliği, şeker yüksekliği, kolesterol yüksekliği, hormon değerlerinde bozulma şüphesi vs...) CEVABINIZ EVET İSE; kişi adını belirterek açıklama yapınız.

Evet Hayır

7-) Henüz doktora gitmemiş ya da tanısı konmamış olsa bile sağlık durumunuzda bir bozulma olduğunu hissediyor musunuz? Sebebini bilmediğiniz ya da şu an için önemsemediğiniz baş ağrıları, eklem ağrıları, mide ağrıları, bel ağrısı, çarpıntı, istemsiz kilo verme, merdiven çıkmakta zorlanma, göğüste sıkışma ve benzeri şikayetleriniz var mı? CEVABINIZ EVET İSE; kişi adını belirterek açıklama yapınız.

Evet Hayır

8-) Sigorta kapsamına alınacak bireyler aşağıdaki hastalıklar ile ilgili şu an veya geçmişte bir rahatsızlık geçirdi mi?

Evet Hayır

Cevabınız evet ise hastalıkla ilgili bireyin adını, teşhis ve tedavi süreleri, hastalıkla ilgili güncel durumu açıklayınız. Ameliyat yapıldıysa ameliyat ve patoloji raporunu gönderiniz.

1- Hipertansiyon, kalp, damar, varis ve diğer dolaşım sistemi hastalıkları
2- Diabet (şeker hastalığı), pankreas ve dalak hastalıkları
3- Tiroid (guatr)
4- Hormon hastalıkları
5- Karaciğer hastalıkları (hepatit, siroz, sarılık vs.)
6- Organ yetmezlikleri
(böbrek, karaciğer, kalp, akciğer vs.)
7- Karın, Göbek, Kasık ve Mide Fitikleri
8- Gastrit, Mide ülseri, reflü (ağza acı su gelmesi) ve diğer mide hastalıkları
9- Ülseratif kolit, Crohn, Divertikülit ve diğer barsak hastalıkları
10- Böbrek ve idrar yolu hastalıkları (taş, darlık, yetmezlik, iltihap)

11- Prostat ve diğer erkek üreme organları hastalıkları
12- Kadın hastalıkları (rahim, yumurtalık ve diğer)
13- Meme hastalıkları
14- Estetik, tamir ve yeniden yapılandırma ameliyatları
15- Akciğer ve solunum hastalıkları (astim, verem, solunum yetmezliği ve diğerleri)
16- Her türlü kanser, tümör, kist nodül ve iyi huylu kitle
17- Bademcik, geniz eti, sinüzit, burun eti, kulak iltihabı
18- Romatizmal Hastalıklar (Romatizma, Behçet, SLE, Lupus, Ankilozan spondilit ve diğerleri)
19- Kas, kemik, kırık, bağ dokusu ve diğer ortopedik hastalıklar
20- Bel, boyun, sırt ve diğer omurga fitikleri ve diğer ortopedik hastalıklar

21- Skolyoz, Lordoz, Kifoza ve tüm omurga şekil bozuklukları
22- Beyin ve beyin damarlarıyla ilgili hastalıklar
23- Felç, MS, İnme, Sara, sinir sıkışması ve diğer sinir sistemi hastalıkları
24- Menisküs, diz ve omuz eklemi hastalıkları
25- Lösemi, hemofili ve diğer kan hastalıkları
26- Göz hastalıkları ve görme bozuklukları
27- Hemoroid, anal fissür/fistül, kıl dönmesi
28- AIDS, HIV türevi virüsler ve buna bağlı hastalıklar
29- Asabi ve ruhi hastalıklar
30- Doğumsal anomali, kalıtsal hastalıklar ve gelişim bozuklukları
31- Vitiligo, psöriazis ve diğer cilt hastalıkları

AÇIKLAMA ALANI

9-) Sigorta kapsamına alınacak bireylerden şu anda hamile olan var mı? Evet Hayır

İlgili bölüm birden fazla sigortalı aday için doldurulacak ise 2. sayfa çoğaltılarak kullanılabilir.

HİPERTANSİYON (Kişi ADI.....)	DIABET (Kişi ADI.....)	KOLESTEROL (Kişi ADI.....)
İlk defa ne zaman şikayetiniz oldu?	İlk defa ne zaman şikayetiniz oldu?	İlk defa ne zaman şikayetiniz oldu?
İlaç kullanıyorsanız isimleri nelerdir?	İlaç kullanıyorsanız isimleri nelerdir?	İlaç kullanıyorsanız isimleri nelerdir?
İlaç kullanım süresi ve dozunu belirtiniz.	İlaç kullanım süresi ve dozunu belirtiniz.	İlaç kullanım süresi ve dozunu belirtiniz.
Tansiyonunuz en yüksek kaç olarak ölçüldü? mmHG	Açlık kan şekeriniz ve HbA1c en yüksek kaç ölçüldü? AKŞ HbA1c	Kolesterolünüz en yüksek kaç olarak ölçüldü?
Tansiyon nedeni ile hastanede yattınız mı? Evet <input type="checkbox"/> Tarih / / Hayır <input type="checkbox"/>	Hangi Tip Diabet Hastasıdır? Tip 1 <input type="checkbox"/> Tip 2 <input type="checkbox"/>	
	İnsülin kullanıyor musunuz? Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	

Sigorta ettiren olarak, başvuru formunda adı geçen sigortalı aday kişilerin adına, Sağlık ve Ferdi Kaza Sigortası Genel ve Özel Şartlarını okuduğumu ve başvuru formunu eksiksiz ve gerçeğe uygun olarak doldurduğumu, yukarıdaki sorulardan "Evet" veya "Hayır" olarak işaretlediğim soruların bulunması durumunda, bu sorunun cevabının "HAYIR" olarak anlaşılması gerektiğini kabul ve taahhüt ederim. Başvuru formunun kabulü halinde, beyanda bulunduğum tüm hususlar hakkında AXA SİGORTA A.Ş.'yi doktor, sağlık kuruluşları, sigorta şirketleri ya da diğer kişi ve kuruluşlardan bilgi ve belge almaya yetkili kıldığımı, farklı bir bilgi alınması durumunda, Şirketin bilmesi gereken herhangi bir hususu gizlediğim ya da formda eksik veya hatalı bilgi verdiğim takdirde, Türk Ticaret Kanunu ve Sağlık ve/veya Ferdi Kaza Sigortası Genel Şartlar Uyarınca, bu hususun tazminat taleplerinin reddi ve sigorta poliçesinin iptaline neden olacağını bilmekle, doğru beyan verdiğimi kabul ve taahhüt ederim. Sağlık ve Ferdi Kaza Sigortası Genel Şartları ve Poliçe Özel Şartları'nda düzenlenen tüm esasların geçerli olduğunu beyan ve kabul ederim.

SİGORTA ETTİREN (Adı, Soyadı, Kaşe, İmza)	SİGORTALI (Adı, Soyadı, İmza)	BAŞVURU TARİHİ	ACENTE PARTAJ	ACENTE (İmza, Kaşe)

DOLDURMUŞ OLDUĞUNUZ BU FORM SADECE BAŞVURU NİTELİĞİNDE OLUP, KABULÜ AXA SİGORTA A.Ş. TARAFINDAN YAPILACAK DEĞERLENDİRMEYE TABİDİR.

Başvuru Formu'nun herhangi bir sebepten dolayı 30 gün içinde AXA SİGORTA A.Ş. tarafından kabul edilmemesi halinde alınan bedel Sigorta ettiren'e geri verilir. Başvuru talebinizin onaylanması halinde tanzim edilmiş poliçeniz, başvuru talebinizin reddedilmesi halinde ise gerekçeli ret yazısı ve alınan bedel başvuru tarihinden itibaren en geç 30 gün içinde tarafınıza iletilecektir. Söz konusu belgenin 30 gün içinde tarafınıza ulaşmaması halinde Lütfen Müşteri Hizmetleri Departmanına 0 850 250 99 99 numaralı telefondan arayarak bilgi veriniz.

KRONİK HASTALIK DETAY SORULARI
(İlgili hastalıklardan birine sahipseniz lütfen bu alanı doldurunuz)

Rev No: 17 - Yürürlük Tarihi: 20.11.2012

Form No: 27.03.03.F.006