

## BİREYSEL SAĞLIK SİGORTASI SORU FORMU

Çerçeve ile gölgelendirilmiş alanlar Şirket / Acente tarafından doldurulacaktır.

|             |           |             |
|-------------|-----------|-------------|
| Acente kodu | Şube kodu | Eleman kodu |
|-------------|-----------|-------------|

### I. BÖLÜM (MÜŞTERİ BİLGİLERİ)

#### 1. Sigortalı bilgileri

Sigortalanacak kişinin bilgileri

|  |  |                    |
|--|--|--------------------|
| Adı Soyadı   | Doğum tarihi   |                    |
| Uyruğu   | TC kimlik no   |                    |
| Yabancı kimlik no/Vergi kimlik no (TC vatandaşı değil ise)                 | KKTC kimlik no (Kıbrıs vatandaşları için)  |                    |
| Cinsiyeti<br><input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> K         | Baba adı   | Boy/kilo<br>cm/ kg |
| Medeni hal<br><input type="checkbox"/> Evli <input type="checkbox"/> Bekar | Varsa çocuk sayısı   |                    |
| Meslek   | Öğrenim durumu<br><input type="checkbox"/> İlkokul <input type="checkbox"/> Ortaokul <input type="checkbox"/> Lise <input type="checkbox"/> Üniversite <input type="checkbox"/> Lisansüstü |                    |
| Bağlı olduğu kurum   | *Bağlı olduğu kurum sicil no   |                    |

(\* Bağlı olduğu kurum nedeniyle bağlantılı kurum indirimi olması halinde yazılması gerekmektedir.)

#### Sigortalanacak kişinin adres bilgileri

Yazışma adresinizi belirtiniz.  Ev  İş

Serbest adres (Sadece, aşağıdaki kısımlara UYMAYAN ADRES BİLGİLERİ yazılacaktır.)

|             |          |              |            |
|-------------|----------|--------------|------------|
| Köy/Mahalle | Cadde    | Sokak        |            |
| Bina no     | Daire no | Kat          | Posta kodu |
| Semt        | İlçe     | İl           |            |
| E-posta     | Telefon  | Cep telefonu |            |

#### Sigorta ettirenin bilgileri (Sigorta ettiren sigortalanacak kişiden farklı ise bu alanın doldurulması gerekmektedir.)

|  |   |
|--|---|
| Adı Soyadı/Unvanı  | Doğum tarihi                              |
| Uyruğu   | TC kimlik no                              |
| Yabancı kimlik no/Vergi kimlik no (TC vatandaşı değil ise) | KKTC kimlik no (Kıbrıs vatandaşları için) |

## BİREYSEL SAĞLIK SİGORTASI SORU FORMU

**2. Sigorta kapsamına alınacak bağımlıların (eşi ve çocuklar) bilgileri (bu alana sadece sigortalanacak aile bireylerinin bilgileri yazılmalıdır. Eşi ve/veya çocukların sigortalanamaması halinde aşağıda belirtilmemelidir.)**

| Adı ve soyadı | TC kimlik no/<br>Yabancı kimlik no | Cinsiyeti   | Doğum tarihi | Mesleği | Uyruğu | Boy/kilo |
|---------------|------------------------------------|---|--------------|---------|--------|----------|
| Eş            |                                    | <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> K | ___/___/___  |         |        | cm/ kg   |
| 1.Çocuk       |                                    | <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> K | ___/___/___  |         |        | cm/ kg   |
| 2.Çocuk       |                                    | <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> K | ___/___/___  |         |        | cm/ kg   |
| 3.Çocuk       |                                    | <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> K | ___/___/___  |         |        | cm/ kg   |
| 4.Çocuk       |                                    | <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> K | ___/___/___  |         |        | cm/ kg   |

(1) Sigortalı adayının; eşi, kızları, oğulları, üvey kızı, üvey oğlu, evlatlığı (Aile poliçesine 30 yaşından küçük, evlenmemiş çocuklar dahil edilir.)

**3. Banka hesap bilgileri (Şirketimize göndereceğiniz sağlık giderlerinize ait fatura tutarlarının ödenmesini istediğiniz banka hesap numarasını belirtiniz.)**

**Aile bireyleri için hesap numarası var ise ayrıca bildirilmesi gerekmektedir.**

| Hesap sahibi | Banka adı | Şube adı/kodu | IBAN* | Hesap no |
|--------------|-----------|---------------|-------|----------|
|              |           |               |       |          |
|              |           |               |       |          |
|              |           |               |       |          |
|              |           |               |       |          |
|              |           |               |       |          |

\* 26 haneli IBAN (Uluslararası Banka Hesap Numarası) yazılacaktır.

**4. Tercih edilen paket (Lütfen tercihinizi belirtiniz.)**

| Paket                 | Seçim | Seçilen network  | (*)CHECK-UP isteniyor mu?                | CHECK-UP alan sigortalı Adı ve Soyadı       |
|-----------------------|-------|--|--|---|
| PAKET 1               |       | <input type="checkbox"/> Standart network<br><input type="checkbox"/> (**)Eko network<br><input type="checkbox"/> (***)Geniş network | <input type="checkbox"/> Evet            | 1.<br>2.<br>3.<br>4.                        |
| SAĞLIKTA FIRSAT       |       | <input type="checkbox"/> Standart network<br><input type="checkbox"/> (**)Eko network<br><input type="checkbox"/> (***)Geniş network | <input type="checkbox"/> Evet            | 1.<br>2.<br>3.<br>4.                        |
| SAĞLIKTA MAKSİ FIRSAT |       | <input type="checkbox"/> Standart network<br><input type="checkbox"/> (**)Eko network<br><input type="checkbox"/> (***)Geniş network | <input type="checkbox"/> Evet            | 1.<br>2.<br>3.<br>4.                        |
| PAKET 2               |       | <input type="checkbox"/> Standart network  | <input type="checkbox"/> (**)Eko network | <input type="checkbox"/> (***)Geniş network |
| PAKET 3               |       | <input type="checkbox"/> Standart network  | <input type="checkbox"/> (**)Eko network | <input type="checkbox"/> (***)Geniş network |
| PAKET 4               |       | <input type="checkbox"/> Standart network  | <input type="checkbox"/> (**)Eko network | <input type="checkbox"/> (***)Geniş network |
| PAKET 5               |       | <input type="checkbox"/> Standart network  | <input type="checkbox"/> (**)Eko network | <input type="checkbox"/> (***)Geniş network |

(\*) Paket 1, Sağlıkta Fırsat ve Sağlıkta Maksi Fırsat'ta check-up teminatı bulunmamakta olup isteğe bağlı olarak ek prim ile alınabilecektir.

(\*\*) Ekonomik ürünlerden birini satın alan sigortalılar, daha az prim ödeyerek, sadece Şirketimizin daha uygun fiyatlar üzerinden anlaşma yaptığı sağlık kuruluşlarında tedavi olmayı ve yurt dışındaki sağlık giderlerinin karşılanmayacağını kabul etmişlerdir. Anlaşmalı sağlık kuruluşlarımız hakkında [www.anadolusigorta.com.tr](http://www.anadolusigorta.com.tr) adresinden veya Şirketimiz aranarak bilgi alınabilecektir. Ekonomik ürünler ve eko network uygulamaları hakkında detaylı bilgiye, Şirketimiz web sayfasında yer alan bireysel sağlık sigortası özel şartlarından ulaşılabilecektir.

(\*\*\*) Geniş network, Amerikan Hastanesi Dahil Network'tür.

# BİREYSEL SAĞLIK SİGORTASI SORU FORMU

5. Sizin ve/veya aile bireylerinin daha önce herhangi bir sigorta Şirketinden bireysel veya kurumsal sağlık sigortası poliçesi oldu mu?

Evet  Hayır

| Sigortalı Adı ve soyadı | Sigorta Şirketi | Dönemi (yıl olarak) | Bireysel/Kurumsal |
|-------------------------|-----------------|---------------------|-------------------|
| 1.                      | 1.              |                     |                   |
|                         | 2.              |                     |                   |
|                         | 3.              |                     |                   |
| 2.                      | 1.              |                     |                   |
|                         | 2.              |                     |                   |
|                         | 3.              |                     |                   |
| 3.                      | 1.              |                     |                   |
|                         | 2.              |                     |                   |
|                         | 3.              |                     |                   |

## II. BÖLÜM (SAĞLIK BEYANI)

Sayın başvuru sahibi,

Sunduğumuz sağlık sigortası hizmetinden yararlanabilmeniz için sağlık beyanındaki soruları dikkatlice okuyup sizin ve sigortalıyı istediğiniz aile bireylerinizin sağlık durumları ile ilgili aşağıdaki soruları açık, eksiksiz ve doğru olarak özenle cevaplamamız gerekmektedir. Sağlık beyanında yer alan rahatsızlıklar ile ilgili mümkün olduğunca detaylı bilgi vererek eğer var ise, şikayetinizin kesin teşhisi ve teşhis tarihini, uygulanan tedavi ve kullandığımız ilaçların adlarını, hastanede yatarak tedavi ve ameliyat ile ilgili epikriz raporu ve/veya tedavinin yeri ve doktorunuzun adını belirtmeniz gerekmektedir.

Tarafınızca bilinen rahatsızlıklarınız ile ilgili sağlık beyanında hiç bilgi vermemeniz veya eksik bilgi vermeniz, Sağlık Sigortası Genel Şartlarına ve poliçe özel şartlarına aykırı düşecektir.

1. Aşağıda belirtilen rahatsızlıklara siz ve/veya sigortalı olacak aile bireylerinizden herhangi biri maruz kaldı mı?  Evet  Hayır

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Kan hastalıkları   | <input type="checkbox"/> Basur/Hemoroid            | <input type="checkbox"/> Kasık ve Göbek Fıtığı   |
| <input type="checkbox"/> Geçirilmiş travma ve kaza                                      | <input type="checkbox"/> Safra kesesi hastalıkları | <input type="checkbox"/> Omurga Fıtıkları (Bel, Sırt, Bel Fıtığı gibi) ve Omur Disk Hastalıkları |
| <input type="checkbox"/> Kalp ve damar hastalığı  | <input type="checkbox"/> Meme hastalığı            | <input type="checkbox"/> Bağırsak Hastalıkları   |
| <input type="checkbox"/> Yüksek tansiyon  | <input type="checkbox"/> Kadın hastalığı           | <input type="checkbox"/> İdrar kaçırma   |
| <input type="checkbox"/> Şeker  | <input type="checkbox"/> Sakatlık                  | <input type="checkbox"/> İşitme kaybı  |
| <input type="checkbox"/> Kanser   | <input type="checkbox"/> Diz Hastalıkları          | <input type="checkbox"/> Sinüzit   |
| <input type="checkbox"/> Romatizmal hastalıklar   | <input type="checkbox"/> Omuz Hastalıkları         | <input type="checkbox"/> Psikiyatrik Hastalık  |
| <input type="checkbox"/> Akciğer Hastalıkları   | <input type="checkbox"/> Septum Deviasyonu         | <input type="checkbox"/> Karaciğer hastalığı   |
| <input type="checkbox"/> Kalıtsal/Doğuştan gelen hastalıklar                            | <input type="checkbox"/> Konka Hipertrofisi        | <input type="checkbox"/> Böbrek hastalığı  |
| <input type="checkbox"/> Verem/Tüberküloz   | <input type="checkbox"/> Yumurtalık kisti          |  |
| <input type="checkbox"/> Astım  | <input type="checkbox"/> Miyom                     |  |
| <input type="checkbox"/> Guatr/Troid hastalıkları                                       | <input type="checkbox"/> Böbrek taşı               |  |
|   | <input type="checkbox"/> Kansızlık                 |  |
| <input type="checkbox"/> Yemek Borusu ve Mide Hastalıkları (Reflü, Gastrit, Ülser gibi) | <input type="checkbox"/> Migren                    |  |
|   | <input type="checkbox"/> Beyin damar hastalıkları  |  |

Diğer (varsa lütfen belirtiniz.) \_\_\_\_\_

Yukarıda belirttiğiniz rahatsızlıklara ilişkin bilgileri ayrıntılarıyla aşağıda açıklayınız.

| Adı ve soyadı | Hastalık | Yapılan tetkik ve tedavi türü ilaç kullanımı varsa kullanılan ilaç ismi ve kullanılan doz | İlk teşhis tarihi | Sağlık kuruluşunun adı | Kronik mi?  | Şikayet devam ediyor mu?                              |
|---------------|----------|---|-------------------|------------------------|---|---|
|               |          |   | ___/___/___       |                        | <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H | <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H |
|               |          |   | ___/___/___       |                        | <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H | <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H |
|               |          |   | ___/___/___       |                        | <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H | <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H |

## BİREYSEL SAĞLIK SİGORTASI SORU FORMU

2. Siz veya sigortalanacak aile bireylerinden herhangi biri ameliyat oldu mu ve/veya ameliyatsız yatışlı tedavi gördü mü? (Tedavi gördüyse lütfen hasta çıkış epikrizini ve/veya ameliyat raporunu ve tetkik sonuçlarını soru formuna ekleyip gönderiniz.)

Evet  Hayır

| Adı ve soyadı | Ameliyatın adı | Ameliyatsız yatışlı tedavinin adı | Hastane ve doktor adı | Tarih       |
|---------------|----------------|-----------------------------------|-----------------------|-------------|
|               |                |                                   |                       | ___/___/___ |
|               |                |                                   |                       | ___/___/___ |

3. Şimdiye kadar, teşhis konulmamış olsa da sizin veya sigortalanacak aile bireylerinden herhangi birinin sağlık şikayeti oldu mu ve/veya bu şikayet ile ilgili herhangi bir muayene, tetkik (Kan ve idrar tahlili, EKG, röntgen, MR, tomografi, ultrasonografi, sintigrafi, mamografi, biopsi, anjiyografi, gastroskopi, kolonoskopi, rektoskopi, bronkoskopi, sistoskopi, vb.) yapıldı mı? Fizik tedavi uygulandı mı veya ilaç kullanıldı mı? (Tetkik yapıldı ise, tetkik sonuçlarını soru formuyla birlikte gönderiniz.)  Evet  Hayır

| Adı ve soyadı | Hastalık/yakınma | Yapılan tetkik ve/veya kullanılan ilaçlar, uygulanan fizik tedavisi | Teşhis konulmuşsa hastalığın adı/teşhis yeri ve tanısı |
|---------------|------------------|---|--|
|               |                  |   |  |
|               |                  |   |  |

4. Sigorta kapsamına alınacak erkekler askerliklerini tamamladılar mı?  Evet  Hayır

| Adı ve soyadı | Tamamlamama nedeni |
|---------------|--------------------|
|               |                    |

5. Sigorta kapsamına alınacak kadınlar arasında hamile olan var mı?  Evet  Hayır

| Adı ve soyadı | Kaç haftalık gebelik? |
|---------------|-----------------------|
|               |                       |

6. Sizin ve/veya sigortalanacak aile bireylerinden herhangi birinin profesyonel veya amatör lisanslı olarak faaliyette bulunduğu spor dalı var mı?  Evet  Hayır

| Adı ve soyadı | Spor dalı |
|---------------|-----------|
|               |           |
|               |           |

### 7. Ödeme Şekli/türü

| Ödeme Şekli   | Ödeme türü   |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nakit <input type="checkbox"/> Kredi kartı <input type="checkbox"/> Otomatik ödeme | <input type="checkbox"/> Peşin <input type="checkbox"/> 5 taksit <input type="checkbox"/> 9 taksit |

UYARI: Kredi kartı veya hesaben ödeme, ancak poliçe numarasını taşıyan Kredi Kartı veya Otomatik Ödeme Talimatı Formu doldurulması halinde geçerlidir.

### 8. Kredi kartı ödeme bilgileri (Prim ödemesi kredi kartından yapılacak ise bu alan doldurunuz.)

Bu sigorta poliçesine ait ve poliçe üzerinde gösterilen ve bu talimatın yürürlüğe gireceği \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ tarihi itibarıyla ödenmemiş prim peşinatı ve taksit tutarlarının aksine talimatıma kadar aşağıda bilgilerini verdiğim kredi kartı hesabımdan karşılmasını, poliçemin, ancak ilk prim tutarının kredi kartı hesabımdan tahsil edilmesinden sonra geçerli olacağını kabul ve taahhüt ederim.

Ödeme tipi :  Tek çekim  Taksitli  
Kart tipi :  Visa  MasterCard Primlerinizin ayın kaçında tahsil edilmesini istersiniz? \_\_\_\_\_  
Kartı veren banka : \_\_\_\_\_  
Kart numarası\* : \_\_\_\_\_  
Son kullanma tarihi : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ CW (Güvenlik kodu) \_\_\_\_\_

Bu sigorta poliçemin, aksini yazılı olarak belirtmediğim sürece izleyen dönemlerde otomatik olarak yenilenmesini ve prim borcumun yukarıda bilgilerimi verdiğim kredi kartımdan tahsil edilmesini rica ederim.

- BİLGİLERİ YUKARIDA BELİRTİLEN KREDİ KARTINDAN HERHANGİ BİR PRİM TAKSİDİNİN TAHSİL EDİLEMESİ DURUMUNDA TALİMATINIZ İPTAL EDİLECEKTİR. ANADOLU SİGORTA, KREDİ KARTINDAN TAHSİLAT YAPAMADIĞI HALLERDE, SİGORTA ETTİRENE BU DURUMU İHBAR ETMEKLE YÜKÜMLÜ DEĞİLDİR. KREDİ KARTINIZDAN TAHSİLAT YAPILMADIĞI TAKDİRDE POLİÇE BORÇLARINIZI TEMERRÜDE DÜŞMEDEN ÖDEYİNİZ. AKSI DURUMDA POLİÇENİZE/POLİÇELERİNİZE YASAL İŞLEMLER UYGULANACAKTIR.
- KART BİLGİLERİNİZ DEĞİŞTİĞİ TAKDİRDE, "KREDİ KARTI İLE POLİÇE PRİMİ ÖDEME TALİMATI" NIZI YENİLEYİNİZ.
- FORMU TESLİM ALAN KİŞİ, KLAŞE ETMEDEN ÖNCE KART NUMARASININ İLK VE SON 4 HANESİ HARİÇ DİĞER 8 HANESİNİ VE GÜVENLİK KODU BÖLÜMÜNÜ OKUNMAYACAK ŞEKİLDE KARALAYACAKTIR.

## BİREYSEL SAĞLIK SİGORTASI SORU FORMU

Beyanınıza dayanılarak düzenlenecek poliçenizdeki teminatların kapsamı, ihbar ve tazminat esasları hakkındaki ayrıntılı bilgiler, poliçenizle birlikte size verilecek olan ürün kitapçığı/genel şart/özel şart/klozlarda yer almaktadır. Dilerseniz bu bilgileri poliçenizi düzenlettirmeden önce de acentenizden veya Anadolu Anonim Türk Sigorta Şirketi bölge müdürlüklerinden edinebilirsiniz.

Anadolu Anonim Türk Sigorta Şirketi'ni, sigorta ettiren sıfatıyla, sigortalanmaları için bu formda bilgilerinizi doldurduğum tüm şahısların verdiği temsil yetkisine, açıklama ve taahhütlerine dayanarak, sigortalanmaları için bu formda bilgilerinizi doldurduğum tüm şahısların sağlık durumları ve özgeçmişleri ile ilgili her türlü bilgi ve kayıt kopyalarını sağlık kuruluşlarından, doktorlardan ve üçüncü şahıslardan almaya yetkili kıldığımı; bu formda bilgilerinizi doldurduğum tüm şahısların sağlık durumları ve özgeçmişleri ile ilgili her türlü bilgi ve kayıt kopyalarını veren sağlık kuruluşlarını, doktorları ve üçüncü şahısları sigortalanacak kişilerin sağlık durumları hakkında bilgi vermeleri nedeniyle sorumlu tutmayacaklarını; ayrıca bu formda bilgilerinizi doldurduğum tüm şahısların sağlık bilgileri ile ilgili her türlü detayı Anadolu Anonim Türk Sigorta Şirketi'nin Sigorta Bilgi Merkezi'ne ve süreç ile ilgili tüm 3. şahıslara aktarmasını kabul ettiğimizi beyan ve tasdik ederim. Sigortalanmaları için bu formda bilgilerinizi doldurduğum tüm şahısların gerçekte yetki vermemiş olmaları veya açıklama ve taahhütleri aksine davranmaları halinde, tüm sorumluluğun onlar adına sigorta ettiren sıfatıyla kendimde olduğunu kabul ettiğimi beyan ve tasdik ederim.

Başvuru sahibi olarak ayrıca, poliçe teminatının, benim veya sigortalanacak aile bireylerinden herhangi birinin sigorta başlangıç tarihinden önce tedavi görmüş oldukları veya varlığından haberdar oldukları rahatsızlıklardan ileri gelecek tetkik ve tedavi giderlerini kapsamadığını biliyor ve kabul ediyorum.

Sigorta tazminatlarının, satın aldığım sağlık paketinin kapsam ve teminatları dahilinde ödeneceğini kabul ederim.

Bu formu doldurmamın Anadolu Anonim Türk Sigorta Şirketi tarafından sigortalandığımı(ız) anlamına gelmediğini, başvuru formunun kabul edilip, poliçenin düzenlenmesi ve prim tutarının ödenmesinden sonra sigorta teminatının yürürlüğe gireceğini kabul, beyan ve tasdik ederim.

Aşağıda imzası bulunan başvuru sahibi olarak gerek benim, gerekse sigortalanmalarını istediğim aile bireyleri hakkında bu soru formunda ve sağlık beyanında verdiğim bilgilerin tam ve doğru olduğunu taahhüt ederim. Bu soru formunda ve sağlık beyanında beyan olunan değerlerin/bilgilerin doğru, tam ve gerçeğe uygun olduğunu ve gerçeğe aykırı beyanda bulunduğum takdirde sigorta sözleşmesinde doğan tüm haklarımdan peşinen vazgeçtiğimi kabul ve beyan ederim.

Ayrıca bu soru formunda sağlık beyanı alanında kendim ve sigortalanacak aile bireyleri için işaretlediğim soruların "Hayır" olarak işleme alınmasını kabul ediyorum.

### Sigortalanacak kişiler (18 yaş ve üzeri çocukların imzası gereklidir.)

|               |       |      |
|---------------|-------|------|
| Adı ve Soyadı | Tarih | İmza |
| Eş            | Tarih | İmza |
| 1. Çocuk      | Tarih | İmza |
| 2. Çocuk      | Tarih | İmza |

### Şirketimiz doktor değerlendirmesi

Adı Soyadı

İmza

### Acente

### Düzenleyen

### Kontrol eden

Tarih - Saat

Adı Soyadı

Adı Soyadı

İmza / Kaşe

Tarih - Saat

Tarih - Saat

İmza / Kaşe

İmza / Kaşe