

KURUMSAL SAĞLIK SİGORTASI SORU FORMU/CORPORATE HEALTH INSURANCE QUESTIONNAIRE

Çerçeve ile gölgelendirilmiş alanlar Anadolu Sigorta/Acente tarafından doldurulacaktır./The fields shaded with borders shall be filled by the company/Agency.

Acente kodu/Agency code	Şube kodu/Branch code	Eleman Kodu/Personnel code
Yeni Müşteri/New Customer	Müşteri No./Customer no	Müşteri grup no/ Customer group no.
		Police no/Policy no.

BU BÖLÜMDEKİ TARİH BOŞLUĞU, ŞİRKET YETKİLİSİ TARAFINDAN, SONRADAN SİGORTA KAPSAMINA ALINMASI İSTENEN PERSONEL VE/VEYA AİLE BİREYLERİ İÇİN DOLDURULACAKTIR./THE DATE FIELD IN THIS SECTION SHALL BE FILLED BY THE COMPANY OFFICIAL, FOR THE PERSONNEL AND/OR RELATIVES WHO ARE REQUESTED TO BE INCLUDED IN THE INSURANCE AT A LATER TIME.

Personel ve/veya aile bireylerinin grup sağlık sigortasına başlangıç tarihi ___/___/___ olacaktır./The group health insurance commencement date for the personnel and/or relatives shall be ___/___/___

Lütfen seçeneklerden bir tanesini işaretleyiniz./Please mark only one option.

- **Bu soru formu personel ve/veya aile bireylerinin Anadolu Anonim Türk Sigorta Şirketine ilk başvuruları için doldurulmuştur./This questionnaire is filled for the initial applications to Anadolu Anonim Türk Sigorta Şirketi for the personnel and/or relatives.**

- **Bu soru formu personelin eş ve/veya çocuklarının ilavesi için doldurulmuştur. Personel sigorta kapsamındadır./This questionnaire is filled for the addition of the spouse and/or children of the personnel. The personnel is included in the framework of the insurance.**

(Eş ve/veya çocuk ilavesi için doldurulsa da, çalışanın isminin bu forma yazılması gerekmektedir./)(The personnel should be named on the form, even if the form is filled for the addition of spouse and/or children.)

Firmanın unvanı/Title of the Firm

1. Sigortalı adayının bilgileri/Information regarding the candidate insured

Adı ve soyadı/Name and Surname

Doğum tarihi/Date of Birth

___/___/___

Cinsiyeti/Gender

Baba adı/Father's Name

Uyruğu/Nationality

E/M K/F

TC kimlik no/ Yabancı kimlik no/Vergi Kimlik No/T.R. identity no./ Foreign identity no./Taxpayer Identification Number

Medeni hal/Marital Status

Öğrenim durumu/Education

Evli/Married (___yıldır/___years) Bekar/Single Dul/Widow

İlkokul/Primary school Ortaokul/Secondary school school

Lise/High Üniversite/University Lisansüstü/Graduate school

Meslek/Profession

Kan grubu/Blood type

Çocuk sayısı/Number of Children

Boy/kilo/Height/weight

cm/ kg

Çalıştığı Şirketin adı/Employer firm's name

Kaç yıldır bu iş yerinde çalışıyor/Years of employment in the firm

İşyerindeki unvanı/Title in the firm

Bir önceki işi/Previous job

Yazışma adresinizi belirtiniz./Please specify preferred correspondence address. Ev/Home İş/Work

Serbest adres (Sadece, aşağıdaki kısımlara UYMAYAN ADRES BİLGİLERİ yazılacaktır./Free text address (add information if only above sections are inapplicable to your address

Köy/Mahalle/Village

Cadde/Street

Sokak/Street

Bino no/
Building no.

Daire no/
Flat no.

Kat/
Floor

Semt/
District

İlçe/
Town

İl/
City

Posta kodu/Postel code

E-posta/E-mail

@

İş Telefonu/Phone

Cep telefonu/Mobile phone

Faks/Fax

KURUMSAL SAĞLIK SİGORTASI SORU FORMU/CORPORATE HEALTH INSURANCE QUESTIONNAIRE

2. Banka hesap bilgileri (şirketimize göndereceğiniz sağlık giderlerinize ait fatura tutarlarının ödenmesini istediğiniz banka hesap numarasını belirtiniz.)/Bank account details (Please specify the bank account details regarding the payment of medical expense invoices you will submit to our company.)

Banka adı/Bank's name	Şube adı/Branch name	Hesap no/Account no.	IBAN*/IBAN*

3. Sigortalanacak aile bireyleri ile ilgili bilgiler/Information regarding the family members to be insured (SADECE AİLE POLİÇESİ SATIN ALACAKLAR DOLDURACAKTIR./TO BE FILLED BY JUST THOSE TO PURCHASE FAMILY INSURANCE.)

Adı ve soyadı/ Name and Surname	Cinsiyeti/ Gender	Doğum tarihi/ Date of Birth	Uyruğu/ Nationality	TC kimlik no/ no./ Foreign Taxpayer Identification Number	Yabancı kimlik no./ Foreign identity no./	Kan grubu/ Blood type	Boy/kilo/ Height/ weight	Meslek/ Profession
Eş/Spouse:	<input type="checkbox"/> E/M <input type="checkbox"/> K/F	___ / ___ / ___					cm/ kg	
Çocuk/Child	<input type="checkbox"/> E/M <input type="checkbox"/> K/F	___ / ___ / ___					cm/ kg	
Çocuk/Child	<input type="checkbox"/> E/M <input type="checkbox"/> K/F	___ / ___ / ___					cm/ kg	
Çocuk/Child	<input type="checkbox"/> E/M <input type="checkbox"/> K/F	___ / ___ / ___					cm/ kg	
Çocuk/Child	<input type="checkbox"/> E/M <input type="checkbox"/> K/F	___ / ___ / ___					cm/ kg	

LÜTFEN SAĞLIK BEYANINI DOLDURMADAN ÖNCE BU KUTUYU OKUYUNUZ./PLEASE READ THIS BOX BEFORE FILLING OUT THE HEALTH DECLARATION.

Sayın başvuru sahibi,

- Sağlık beyanındaki soruları dikkatle okuyup, açık, eksiksiz ve doğru olarak cevaplayınız.
- Anadolu Anonim Türk Sigorta Şirketi'nin sunduğu sağlık sigortası hizmetinden yararlanabilmeniz için, sizin ve sigortalanmasını istediğiniz aile bireylerinizin sağlık durumları ile ilgili aşağıdaki soruları özenle cevaplamanız gerekmektedir.
- Sağlık beyanında yer alan rahatsızlıklarınız ile ilgili mümkün olduğunca detaylı bilgi veriniz.

Eğer var ise, şikayetinizin kesin teşhisi ve teşhis tarihini,
uygulanan tedavi ile kullandığınız ilaçların adlarını,
hastanede yatarak tedavi ve ameliyat ile ilgili epikriz raporu ve/veya tedavinin yeri ve doktorunuzun adını belirtiniz.

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

- Cevaplarınız için ayrılan boşluklar yeterli gelmezse lütfen ayrı bir dosya kağıdı kullanınız ve bu forma ekleyiniz.

Dear applicant,

- Please provide a clear, accurate, and complete answers to the questions in the health declaration after reading them carefully.
- It is crucial for you to answer in a diligent manner the questions below regarding your and family members' health, in order to benefit from the health insurance service provided by Anadolu Anonim Türk Sigorta Şirketi.
- Please provide as much detailed information as possible about the conditions included in your health declaration.
- If any, please specify the conclusive diagnosis and diagnosis date for your condition, the treatment applied, and the names of the medicine you use, and the epicrisis report regarding in-patient treatment and operation and/or the place of treatment and the name of your doctor.

Failure on your part to provide incomplete information or none at all regarding the conditions you are aware of shall constitute a breach of the general terms and conditions of the Health Insurance, and special terms and conditions of the policy.

- In case the spaces provided for your answers do not suffice, please use another blank paper and attach it to the form.

SAĞLIK BEYANI/HEALTH DECLARATION

1. ŞSizde veya ailenizin sigortalanacak bireylerinden herhangi birinde kalıtsal hastalık, doğuştan ya da sonradan varolan bir sakatlık veyavücut deformasyonu var mı?/Do you or any member of your family who are to be insured suffer from a hereditary disorder, a disability or body deformation since birth or from a later time? Evet/Yes Hayır/No

Adı ve soyadı/Name and surname	Durum hakkında bilgi/Information regarding the condition

KURUMSAL SAĞLIK SİGORTASI SORU FORMU/CORPORATE HEALTH INSURANCE QUESTIONNAIRE

2. Aşağıda belirtilen rahatsızlıklara siz veya sigortalanacak aile bireylerinden herhangi biri maruz kaldı mı?/Have you or any member of your family who are to be insured suffered the conditions specified below? **Bu nedenle tetkik ve tedavi gördü mü?/Or diagnosed or treated for these?** Evet/Yes Hayır/No

<input type="checkbox"/> Kalp ve damar hast./ Cardio-vascular diseases	<input type="checkbox"/> Mide kanaması/Gastrointestinal bleeding	<input type="checkbox"/> Kronik bel ve boyun ağrısı/ Chronic back and neck pain
<input type="checkbox"/> Yüksek tansiyon/Hyper tension	<input type="checkbox"/> Basur/Haemorrhoid	<input type="checkbox"/> Sinir hastalıkları/Nervous system diseases
<input type="checkbox"/> Şeker/Diabetes	<input type="checkbox"/> Safra kesesi taşı/Gallbladder stone	<input type="checkbox"/> İşitme kaybı/Hearing loss
<input type="checkbox"/> Kanser/Cancer	<input type="checkbox"/> Meme hastalığı/Breast disease	<input type="checkbox"/> Kronik burun tıkanıklığı/ Chronic Nasal Congestion
<input type="checkbox"/> Romatizma/Rheumatism	<input type="checkbox"/> Kadın hastalığı/Gynaecological diseases	<input type="checkbox"/> Sinüzit/Sinusitis
<input type="checkbox"/> Nefes darlığı/Dyspnea	<input type="checkbox"/> Reflü/Reflux	<input type="checkbox"/> Depresyon/Depression
<input type="checkbox"/> Verem/Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Yumurtalık kisti/Ovary cyst	<input type="checkbox"/> Alkolizm/Alcoholism
<input type="checkbox"/> Bronşit/Bronchitis	<input type="checkbox"/> Miyom/Myoma	<input type="checkbox"/> Karaciğer hastalığı/Liver disease
<input type="checkbox"/> Astım/Asthma	<input type="checkbox"/> Böbrek taşı/Kidney stones	<input type="checkbox"/> Böbrek hastalığı/Kidney disease
<input type="checkbox"/> Guatr/Goiter	<input type="checkbox"/> Kansızlık/Anemia	<input type="checkbox"/> Geçirilmiş travma ve kaza/ Traumas and accidents
<input type="checkbox"/> Fıtık (kasık/boyun/bel)/ Hernia (inguinal/cervical disc/spinal disc)	<input type="checkbox"/> Kronik baş ağrısı/Chronic headache	<input type="checkbox"/> Kan hastalıkları/Blood Diseases
<input type="checkbox"/> Gastrit/Gastritis	<input type="checkbox"/> Kronik ishal ve kabızlık/ Chronic diarrhea and constipation	
<input type="checkbox"/> Ülser/Ulcer	<input type="checkbox"/> İdrar kaçırma/Urinary incontinence	
	<input type="checkbox"/> Diğer (Varsa lütfen belirtiniz.)/Other (Please specify if any.)	

Yukarıda belirttiğiniz rahatsızlıklara ilişkin bilgileri ayrıntılarıyla aşağıda açıklayınız./Please specify below the details regarding the abovementioned conditions. Evet/Yes Hayır/No

Adı ve Soyadı/ Name and surname	Hastalık/ Condition	Yapılan tetkik ve tedavi türü ve kullanılan ilaçlar/ Diagnosis and treatment and the medicine used	İlk teşhis tarihi ve sağlık kuruluşunun adı/ Date of the initial diagnosis and the name of the medical institution

3. Siz veya sigortalanacak aile bireylerinden herhangi biri ameliyat oldu mu ve/veya ameliyatsız yatarak tedavi gördü mü? (Tedavi gördüyse lütfen hasta çıkışepikrizini ve/veya ameliyat ve raporunu ve tetkik sonuçlarını soru formuna ekleyip gönderiniz.)/Have you or any member of your family who are to be insured been operated on, or had been treated as an in-patient without any operation? (If yes, please attach the discharge epicrisis and/or operation report and diagnosis results to the questionnaire.) Evet/Yes Hayır/No

Adı ve soyadı/ Name and surname	Ameliyatın adı/ Name of the operation	Ameliyatsız yatarak tedavinin adı/Name of in-patient treatment	Hastane ve doktor adı/ Name of the hospital and doctor	Tarih/Date
				___/___/___
				___/___/___

4. Siz veya sigortalanacak aile bireylerinde (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.)/Have you or any member of your family who are to be insured had medical problems and/or undergone any diagnosis (blood and urine analysis, EKG, roentgen, MR, tomography, ultrasonography, scintigraphy, mammography, biopsy, angiography, gastroscopy, colonoscopy, rectoscopy, bronchoscopy, cystoscopy etc.) regarding such problems, even if no diagnosis is effected? Was physical therapy or medicines used? (If analyses were made, please attach the analysis results to the questionnaire.) Evet/Yes Hayır/No

Adı ve soyadı/ Name and surname	Hastalık/yakınma/ Disease/complaint	Yapılan tetkik ve/veya kullanılan ilaçlar, uygulanan fizik tedavisi/ Analysis and/or medicines used, physical therapy applied	Teşhis konulmuşsa hastalığın adı/teşhis yeri ve tanısı/ If diagnosed, name of the disease/ place of diagnosis

5. Sigorta kapsamına alınacak erkekler askerliklerini tamamladılar mı?/Have the male persons to be insured have completed their military service? Evet/Yes Hayır/No

Adı ve soyadı/Name and surname	Tamamlamama nedeni/Why not?

KURUMSAL SAĞLIK SİGORTASI SORU FORMU/CORPORATE HEALTH INSURANCE QUESTIONNAIRE

6. Sigorta kapsamına alınacak bayanlar arasında hamile olan var mı?/Are the women to be insured are pregnant?

Evet/Yes Hayır/No

Adı ve soyadı/Name and surname

Kaç aylık/Months into pregnancy

7. Sizin ve/veya sigortalanacak aile bireylerinizden herhangi birinin profesyonel veya amatör lisanslı olarak yaptığı spor dalı varsa aşağıda belirtiniz./Please specify any sports you and/or any family members to be insured perform in on a professional or amateur licensed basis.

Adı ve soyadı/Name and surname

Spor dalı/Sport

8. Sizin ve/veya ailenizin sigortalanacak bireylerinin daha önce şirketimizden ya da herhangi bir sigorta şirketinden ferdi veya grup sağlık sigortası poliçesi oldu mu?/Have you and/or any member of your family who are to be insured been recipients of an individual or group health insurance policy from our company or any other insurance company? Evet/Yes Hayır/No

Adı ve soyadı/Name and surname

Sigorta şirketi/Insurance company

Dönemi (yıl olarak)/Period (in years)

--	--	--

Beyanınıza dayanılarak düzenlenecek poliçenizdeki teminatların kapsamı, ihbar ve tazminat esasları hakkındaki ayrıntılı bilgiler, poliçenizle birlikte size verilecek olan Genel Şart, Özel şart ve 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 sigortalandığım(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 işaretlemediğim soruların "Hayır" olarak işleme alınmasını kabul ediyorum.

The scope of the coverage of the policy to be drawn up on the basis of your statement, as well as the details regarding notification and damages payment principles are included in the General Terms and Conditions, Special Terms and Conditions, and Clauses to be provided to you along with the policy. You can also obtain such information from your agency or regional directorates of Anadolu Anonim Türk Sigorta fiirketi, prior to the preparation of your policy.

I hereby declare and certify that I authorize Anadolu Anonim Türk Sigorta Şirketi to obtain all kinds of information and copies of records regarding my health and biography, from medical institutions, doctors, and third parties; and that I shall not hold liable the medical institutions, doctors, and third parties to provide all kinds of information and copies of records regarding my health and biography for disclosing information regarding my health. As the applicant, I am aware and I accept that the policy coverage does not include diagnosis and treatment costs to arise out of the conditions I or any family member to be insured have been treated for prior to the commencement of the insurance, or were aware of.

I accept that the insurance indemnities shall be paid within the framework of the scope and coverage of the health package I purchase.

I accept, declare and certify that filling out this form shall not be interpreted as actual insurance by Anadolu Anonim Türk Sigorta fiirketi, and that the insurance coverage shall enter into effect after the application form is accepted, policy is drawn up, and premium is paid.

I the applicant with the signature below, hereby undertake that the information I have provided in this questionnaire and the health declaration with regards to both me, and the family members I intend to have insured is complete and accurate. I accept and declare in advance that the information/figures provided in the present questionnaire and health declaration are correct, complete, and accurate, and that in case of inaccurate representation I shall waive all my rights to arise out of the insurance contract.

Additionally, I accept the unanswered questions in the health statement field in this questionnaire for me and family members to be insured, to be processed as if they were answered as "no".

Adı ve soyadı/Name and surname

Tarih/Date

İmza/Signature

KURUMSAL SAĞLIK SİGORTASI SORU FORMU/CORPORATE HEALTH INSURANCE QUESTIONNAIRE

Şirketimiz doktor değerlendirmesi/Company doctor's opinion

Adı ve soyadı/Name and surname

İmza/Signature

Acente/Agent

Düzenleyen/Issued by

Kontrol Eden/Checked by

Tarih - Saat/Date - Hour

Adı ve soyadı/Name and surname

Adı ve soyadı/Name and surname

İmza/Kaşe/Signature/Seal

Tarih/Date

Tarih/Date

İmza/Kaşe/Signature/Seal

İmza/Kaşe/Signature/Seal