

KURUMSAL TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI SORU FORMU/ CORPORATE COMPLEMENTARY 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 Şirketin'ne ilk başvuruları için doldurulmuştur./This questionnaire is filled for the initial applications to Anadolu Anonim Türk Sigorta fiirketi 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 TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI SORU FORMU/ CORPORATE COMPLEMENTARY HEALTH INSURANCE QUESTIONNAIRE

2. 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./ 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	

3. Herhangi bir hastalıktan dolayı ameliyat/ameliyatsız yatışlı tedavi/sakatlık/doktor takibi/sürekli ilaç kullanımı durumunuz söz konusu mu? Tedavisi devam eden hastalığınız var mı?/Do you have an operation in-patient treatment without operation disablement medical follow-up or continous drug medication? Do you have a disease /illness ongoing treatment? Evet/Yes Hayır/No

4. Yukarıdaki soruya cevabınız "Evet" ise; sağlık beyanınıza yönelik aşağıdaki ilgili alanı lütfen doldurunuz./If your answer to question above is "yes" please fill in the following fields related with your health statement.

Adı ve soyadı/Name and Surname	
Ameliyat Adı/Ameliyatsız Yatışlı Tedavi Gördüğünüz Hastalık Adı/Sakatlık Adı/Name of operation/Name of disease that you took inpatient treatment without operation/Name of disablement	Ameliyat tarihi/ Operation date ___ / ___ / ___
Ameliyatın yapıldığı kurum/Name of operation institute	
Sürekli kullanılan ilaç adları/Names of continuous medication	
Hastalıklarınızla ilgili yapılan tetkik, tedavi sonuçları ve sağlık kurumunun adı/Medical examinations, treatment results and institution name related with your disease.	

5. 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

6. 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)

7. 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*

KURUMSAL TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI SORU FORMU/ CORPORATE COMPLEMENTARY HEALTH INSURANCE QUESTIONNAIRE

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 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.

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 fiirketi 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 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

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