

ÜRÜN		Plan Adı	
Sayın Başvuru Sahibi, Sağlık beyanındaki sorular dikkatlice okuyup açık, eksiksiz ve doğru olarak cevaplayınız. Ray Sigorta A.Ş.'nin sunduğu sağlık sigortası hizmetinden yararlanabilmeniz için, sizin ve sigortalanmasını istediğiniz aile bireylerinizin sağlık durumları ile ilgili aşağıdaki sorularla özenle cevaplamamız gerekmektedir. Sağlık beyanında yer alan rahatsızlıklarınız ile ilgili mümkün olduğunca detaylı bilgi veriniz. Eğer var ise, şikayetinizin kesin teşhisi ve teşhis tarihinin, uygulanan tedavi ile kullandığınız ilaçların adlarını, hastanede yatarak tedavi ve ameliyat ile ilgili epikriz raporu ve/veya tedavinin yeri ve doktorunuzun adını belirtiniz. Tarafınıza bilinen rahatsızlıklarınız ile ilgili sağlık beyanında hiç bilgi vermemeniz veya eksik bilgi vermeniz, Sağlık Sigortası Genel Şartları'na ve Police Özel Şartları'na aykırı düşecektir. Cevaplarınız için ayrılan boşluklar yeterli gelmezse lütfen ayrı bir dosya kağıdı kullanınız ve bu forma ekleyiniz. Beyan formunda işaretlenmeyen soruların "HAYIR" olarak işleme alınmasını kabul ediyorum.			
Kişisel Bilgiler		Hastane Bilgileri	
Adı/Soyadı		Düzenli Tedavi Olduğunuz Hekim ve Tel.	
Doğum Tarihi		Düzenli Tedavi Olduğunuz Kurum ve Tel.	
Cinsiyeti <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> K		Kan Verebilecek Kişiler	
A B AB O		RH	
Kan Grubu		<input type="checkbox"/> Bilinmiyor	
Telefonları			
Sigortalılık Bilgileri		Acil Hallerde İrtibat Kişisinin	
Önceki Özel Sigorta Şirketi		Adı/Soyadı	
Önceki Özel Sigorta Şirketi Police No.		Yakınlığı	
Sigortaya Başlama/Bitiş Tarihi		Tel. 1	
Diğer Sigortalar <input type="checkbox"/> S.G.K. <input type="checkbox"/> Diğer		Tel. 2	
Sicil No.		Tel. 3	
Kalıtsal Hastalıklar-Sakatlıklar (Doğuştan veya sonradan):		Boy	
Sigara kullanıyor musunuz? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır		Miktarı:	
Son iki yıl içinde siz veya ailenizin sigortalanacak bireylerinden biri doktora muayene oldu mu? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır		Alkol kullanıyor musunuz? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
Miktarı:		Miktarı:	
Adı ve Soyadı		Hastalık	
Tetkik ve Tedavi Türü		Muayene Tarihi	
Sağlık Kuruluşunun Adı			
Aşağıda belirtilen rahatsızlıklara siz veya sigortalanacak aile bireylerinden herhangi biri maruz kaldı mı? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır			
<input type="checkbox"/> Kalp ve Damar Hastalıkları <input type="checkbox"/> Diğer Damar Hastalıkları <input type="checkbox"/> Yüksek Tansiyon (Hipertansiyon) <input type="checkbox"/> Kolesterol Yüksekliği (Lipid Metabolizma Bozuklukları) <input type="checkbox"/> Burun, Boğaz Hastalıkları <input type="checkbox"/> Sinüzit <input type="checkbox"/> Kan, Lenf Bezi Hastalıkları <input type="checkbox"/> Prostat Hastalıkları <input type="checkbox"/> Omurga ve Eklem Hastalıkları <input type="checkbox"/> Alerjik Durumlar <input type="checkbox"/> Deri, Cilt Hastalıkları		<input type="checkbox"/> Prematürelilik (Erken Doğum) <input type="checkbox"/> Her Türü Travma, Yaralanma Durumları <input type="checkbox"/> Viral Hepatitler (A,B,C,D,E) <input type="checkbox"/> Safra, Dalak, Pankreas Hastalıkları <input type="checkbox"/> İdrar Kaçırma <input type="checkbox"/> Multiple Skleroz <input type="checkbox"/> Tiroid Hastalıkları (Guatr vb.) <input type="checkbox"/> Her Türü Fıtık (Kasık, Boyun, Bel vb.) <input type="checkbox"/> Diyabet (Şeker) <input type="checkbox"/> Kanser <input type="checkbox"/> Tümör, Kist, Kitle, Nodül, Hiperplazi (Benign, Malign) <input type="checkbox"/> Psikiyatrik Hastalıklar (Depresyon vb.)	
<input type="checkbox"/> Kas, İskelet, Kemik, Bağ Hastalıkları <input type="checkbox"/> Alkolizm <input type="checkbox"/> Karaciğer Hastalıkları <input type="checkbox"/> Genital ve Üriner Sistem Hastalıkları <input type="checkbox"/> Böbrek Hastalıkları <input type="checkbox"/> Yumurta Kisti, Myom <input type="checkbox"/> Romatizmal Hastalıklar <input type="checkbox"/> Paraliz (Felç) <input type="checkbox"/> Verem <input type="checkbox"/> Astım, Bronşit <input type="checkbox"/> Reflü, Ülser, Gastrit, Diğer Sindirim Sistemi Hastalıkları		<input type="checkbox"/> Akciğer ve Diğer Solunum Sistemi Hastalıkları <input type="checkbox"/> Sinir Sistemi, Nörolojik Hastalıklar <input type="checkbox"/> Kulak Hastalıkları, İşitme Kaybı <input type="checkbox"/> Böbrek Taşı <input type="checkbox"/> Mide Kanaması <input type="checkbox"/> Basur (Hemoroid) <input type="checkbox"/> Safra Kesesi Taşı <input type="checkbox"/> Meme Hastalıkları <input type="checkbox"/> Jinekolojik (Kadın) Hastalıkları <input type="checkbox"/> Önemli Yanıklar <input type="checkbox"/> Diğer (Varsa lütfen belirtiniz.)	
Yukarıda belirttiğiniz rahatsızlıklara ilişkin bilgilerinizi ayrıntılıyla aşağıda açıklayınız.			
Adı ve Soyadı		Hastalık	
Kullanılan İlaçlar		İlk Teşhis Tarihi	
Sağlık Kuruluşunun Adı			
Yukarıda belirtilen hastalıklardan başka siz ve / veya sigortalanacak aile bireylerinizin: tıbbi takibi / tedavisi devam eden / etmeyen şikayeti / teşhisi/ rahatsızlığı / sakatlığı var mı? Herhangi biri ameliyat oldu mu veya ameliyatsız olarak tedavi gördü mü? (Doktora / hastaneye gidilmemiş olsa dahi beyan edilmelidir. Tedavi gördüyse lütfen hasta çıkış epikrizini ve/veya ameliyat raporunu ve tetkik sonuçlarını başvuru formuna ekleyip gönderiniz.) <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır			
Adı / Soyadı		Tanı	
Hastalık Başlangıç Tarihi		Kullanılan İlaç	
Son Şikayet Tarihi		Sağlık Kuruluşu / Doktor	
Takip / Tedavi Yöntem			
Adı ve Soyadı		Ameliyatsız Yatarak Tedavinin Adı	
Hastane ve Doktor Adı		Tarih	
Şimdiye kadar teşhis konulmamış olsa dahi sizin veya sigortalanacak aile bireylerinden herhangi birinin sağlık şikayeti oldu mu ve/veya bu şikayeti ile ilgili herhangi bir tetkik (kan ve idrar tahlili, EKG, röntgen, MR, tomografi, ultrasonografi, sintigrafi, mamografi, biopsi, anjiyografi, gastroskopi, kolonoskopi, rektoskopi, bronkoskopi, sistoskopi, v.b.) yapıldı mı? Fizik tedavi uygulandı mı veya ilaç kullanıldı mı? Tetkik yapıldı ise tetkik sonuçlarını başvuru formu ile birlikte gönderiniz.) <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır			
Adı ve Soyadı		Hastalık	
Tetkik ve Tedavi Türü		Kullanılan İlaçlar	
İlk Teşhis Tarihi		Sağlık Kuruluşunun Adı	
Sizin ve/veya sigortalanacak aile bireylerinden herhangi birinin profesyonel veya amatör lisanslı olarak faaliyette bulunduğu spor dalı var mı? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır			
Adı ve Soyadı		Spor Dalı	
Birinci derece yakınlarının sağlığı (yakınlık derecesi ve rahatsızlık, vefat etmişse vefat sebebinin yazınız.):			
Hamilelik durumu (bayanlar için söz konusuysa veya planlanıyorsa, süresini, doğum yapıldıysa tarihlerini yazınız.)		: <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
Şu anda hamile misiniz? <input type="checkbox"/> Evet aylık hamileyim <input type="checkbox"/> Hayır, hamile değilim			
Adı / Soyadı		Normal / Sezaryen	
Doğum Sayısı		Çocuk Sayısı	
Düşük yaptıysanız düşük sayısı:		Kadın hastalığı geçirdiniz mi? :	
Beyan edilmiş beyana konu olan sağlık bilgilerinin, Sağlık Sigortalı Bilgi ve Gözetim Merkezi (SAGMER) tarafından talep edilmesi halinde, Sağlık Sigortalı Bilgi ve Gözetim Merkezi'ne (SAGMER) Ray Sigorta A.Ş. tarafından iletilecek olup, gerektiğinde SAGMER'den bu bilgilerin temin edilmesi mümkün olacaktır. Başka sigorta şirketine geçiş yapmak istemem halinde sağlık profilime ilişkin geçiş bilgilerinin ilgili Sigorta Şirketi'ne gönderilmesini kabul ediyorum. Ray Sigorta A.Ş.'yi sağlık durumum ve özgeçmişim ile ilgili her türlü bilgi ve kayıt kopyalarını sağlık kuruluşlarımdan, doktorlarımdan ve üçüncü şahıslardan almaya yetkili kıldığımı beyan ve tasdik ederim. Başvuru sahibi olarak ayrıca, police teminatının benim veya sigortalanacak aile bireylerinden herhangi birinin sigorta başlangıç tarihinden önce tedavi görmüş olduğum veya varlığından haberdar olduğum rahatsızlıklardan ileri gelecek tetkik ve tedavi giderlerini kapsamadığını biliyor ve kabul ediyorum. Sigorta tazminatlarının, satın aldığım paketinin kapsam ve teminatları dahilinde ödeneceğini kabul ederim. Bu formu doldurduğum Ray sigorta A.Ş. şirketi tarafından sigortalandı(ım)z anlamına gelmediğini, başvuru formunun kabul edilip polisenin düzenlenmesi ve prim tutarının ödenmesinden sonra sigorta teminatının yürürlüğe gireceğini kabul, beyan ve tasdik ederim. Aşağıda imzası bulunan başvuru sahibi olarak benim, gerekse sigortalanmamı istediğim aile bireyleri hakkında bu başvuru formunda ve sağlık beyanında verdiğim bilgilerin tam ve doğru olduğunu taahhüt ederim. Bu başvuru formunda ve sağlık beyanında beyan olunan değerlerin / bilgilerin doğru, tam ve gerçeğe uygun olduğunu ve gerçeğe aykırı beyanda bulunduğum takdirde sigorta sözleşmesinden doğan tüm haklarımdan vazgeçtiğimi kabul ve beyan ederim. Geçmiş sağlık bilgilerime erişim yetkisini: <input type="checkbox"/> Kabul Ediyorum <input type="checkbox"/> Kabul Etmeyorum			
Kişisel Bilgiler			
Sigortalı Adayının / Sigorta Ettirenin Adı Soyadı		İmza	
Tarih		Tarih	
Acente Kaşe / Yetkili İmzaları		Tarih	
Riziko Kabul (Bu bölüm sigorta şirketi tarafından doldurulacaktır.):			
<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> SP(%.....) <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> R (.....) Muafiyet ve Süprim Açıklaması:			
Adı ve Soyadı		İmza	
Tarih		Tarih	