

FIT - YABANCI UYRUKLU KİŞİLERE SAĞLIK SİGORTASI BAŞVURU FORMU

ACENTE

AD / UNVAN :
KOD :

SİGORTALAMA TÜRÜ

Yeni

Geçiş

(Geçiş ise geçiş alınacak Sigorta Şirketi'ne ait Poliçe No ve Poliçe Bitiş Tarihi'ni yazınız)

Poliçe No:

Poliçe Bitiş Tarihi: / /

SİGORTALI ADAYI

Sigortalı aday, sigorta ettirenle aynı kişi ise sadece bu bölüm doldurulacaktır.

ADI SOYADI :

CİNSİYETİ : Kadın Erkek

DOĞUM TARİHİ (Gün / ay / yıl) : / /

MEDENİ DURUMU: Evli Bekar

YABANCI KİMLİK NO/VERGİ NO :

UYRUĞU :

ÜLKE :

EV TEL. :

0 ()

CEP TEL.:

0 ()

E-POSTA :

İRTİBAT ADRESİ : MAHALLE:

CADDE / SOKAK:

KAPI NO / DAİRE NO:

SEMT :

İLÇE :

/ İL:

TÜRKİYE'YE GELİŞ NEDENİ:

SİGORTA ETTİREN

Sigorta ettiren, sigortalı adayından farklı bir kişi ise bu bölüm de doldurulacaktır.

GERÇEK KİŞİ

ADI SOYADI :

CİNSİYETİ : Kadın Erkek

DOĞUM TARİHİ (Gün / ay / yıl) : / /

MEDENİ DURUMU: Evli Bekar

YABANCI KİMLİK NO/VERGİ NO :

UYRUĞU :

ÜLKE :

EV TEL. :

0 ()

CEP TEL.:

0 ()

E-POSTA :

İRTİBAT ADRESİ : MAHALLE:

CADDE / SOKAK:

KAPI NO / DAİRE NO:

SEMT :

İLÇE :

/ İL:

TÜZEL KİŞİ

UNVANI :

VERGİ KİMLİK NO:

VERGİ DAİRESİ:

ADRES: MAHALLE:

CADDE / SOKAK:

KAPI NO / DAİRE NO:

SEMT :

İLÇE :

/ İL:

TEMİNAT ALTINA ALINACAK ŞAHISLAR

Adı Soyadı	Yakınlık Derecesi	Doğum Tarihi	Boy - Kilo	Medeni Hali	Cinsiyeti	Yabancı Kimlik No/Vergi No	Seçilen Plan	Planlara Ait Prim
	Eş	...../...../.....	.....cm.....Kg					TL
	Çocuk 1	...../...../.....	.....cm.....Kg					TL
	Çocuk 2	...../...../.....	.....cm.....Kg					TL
	Çocuk 3	...../...../.....	.....cm.....Kg					TL
	Çocuk 4	...../...../.....	.....cm.....Kg					TL
TOPLAM PRİM:								TL

PRİM ÖDEME ŞEKLİ VE KANALI

Nakit

Kredi Kartı

Taksit Seçeneği

Tek Çekim

2

3

4

5

6

7

8

9

(Taksitli ödeme seçeneği sadece Türk bankalarına ait kredi kartı ile geçerlidir)

Prim Ödeme Başlangıç Tarihi:

Poliçe başlangıç tarihinden en fazla 7 gün sonrasına kadar olabilir.

KREDİ KARTI İLE ÖDENECEKSE :

Banka :

Kredi Kartı Türü :

VISA

MASTERCARD

Son Kullanma Tarihi :

/

Kredi Kartı Numarası :

TAZMİNAT ÖDEME KANALI

Hesap sahibinin
Adı / Soyadı:

Banka :

Şube :

Hesap No :

IBAN No :

SAĞLIK BEYANI

Teminat altına alınacak şahıslarla ilgili aşağıda belirtilen sorulara cevabınız evet ise soru numarasını da belirterek lütfen AÇIKLAMA TABLOSU'NDA ayrıntılı bilgi veriniz. Yanıtın boş bırakılması sorunun hayır olarak yanıtladığı anlamına gelecektir.

1) Teminat altına alınacak şahıslar aşağıda yazılı hastalıklardan birini geçirdiyse lütfen ilgili kareleri işaretleyiniz.

<input type="checkbox"/> AIDS	<input type="checkbox"/> Hemoroid	<input type="checkbox"/> Nörolojik Rahatsızlıklar	<input type="checkbox"/> Yüksek Tansiyon
<input type="checkbox"/> Akıl Hastalıkları	<input type="checkbox"/> Hormonal Bozukluk	<input type="checkbox"/> Pankreas Hastalıkları	<input type="checkbox"/> Zührevi Hastalıklar
<input type="checkbox"/> Alerjik Rahatsızlıklar	<input type="checkbox"/> İdrar Yolları Hastalıkları	<input type="checkbox"/> Psikiyatrik Rahatsızlıklar	<input type="checkbox"/> Beyin ve Sinir Sistemi Hastalıkları
<input type="checkbox"/> Astım Bronşit Tüberküloz	<input type="checkbox"/> İnme (Felç)	<input type="checkbox"/> Prostat Hastalıkları	<input type="checkbox"/> Böbrek Yetmezliği
<input type="checkbox"/> Ateşli Eklem Romatizması	<input type="checkbox"/> Kalıcı Felç	<input type="checkbox"/> Rahim, Yumurtalık ve Diğer Jinekolojik Rahatsızlıklar	<input type="checkbox"/> Kronik Organ Yetmezliği
<input type="checkbox"/> Bağırsak Hastalığı	<input type="checkbox"/> Kalp Krizi	<input type="checkbox"/> Meme Hastalıkları	<input type="checkbox"/> MS
<input type="checkbox"/> Bel, Boyun Fıtığı	<input type="checkbox"/> Kalp ve Damar Hastalığı	<input type="checkbox"/> Safra Kesesi Hastalıkları	<input type="checkbox"/> Alzheimer
<input type="checkbox"/> Böbrek Hastalıkları	<input type="checkbox"/> Kan ya da Lenf Bezi Hastalıkları	<input type="checkbox"/> Sara Hastalığı (Epilepsi)	<input type="checkbox"/> Parkinson
<input type="checkbox"/> Dalak Rahatsızlığı	<input type="checkbox"/> Kasık, Karın Fıtığı	<input type="checkbox"/> Sarılık, Siroz ve Diğer Karaciğer Hastalıkları	<input type="checkbox"/> Hepatit C
<input type="checkbox"/> Deri Hastalıkları	<input type="checkbox"/> Kemik, Kas Eklem ve diğer Romatizmal Hastalıklar	<input type="checkbox"/> Sindirim Sistemi Hastalıkları	<input type="checkbox"/> Motor Mental Gelişim Bozukluğu
<input type="checkbox"/> Diğer Solunum ve Akciğer Hastalıkları	<input type="checkbox"/> Kist Rahatsızlıkları	<input type="checkbox"/> Şeker Hastalığı (İnsüline bağımlı olan)	<input type="checkbox"/> Sarkoidoz
<input type="checkbox"/> Erkek Genital Sistem Hastalıkları	<input type="checkbox"/> Yağ Bezesi Hastalıkları	<input type="checkbox"/> Şeker Hastalığı (İnsüline bağımlı olmayan)	<input type="checkbox"/> Varis, Diğer Damar Hastalıkları
<input type="checkbox"/> Göz Rahatsızlığı (Gözlük Kullanımı Haric)	<input type="checkbox"/> Kulak Burun Boğaz Rahatsızlıkları (Gribal enf.haric)	<input type="checkbox"/> Tümör, Kanser	<input type="checkbox"/> Organ, Uzun Kaybı
<input type="checkbox"/> Guatr	<input type="checkbox"/> Mide ve Oniki Parmak Bağırsağı Rahatsızlığı	<input type="checkbox"/> Varis	<input type="checkbox"/> Diğer

2) Herhangi bir hastalıkla ilgili tıbbi tedavi yapıldı mı? Evet (Açıklama tablosunda belirtiniz) Hayır

3) Herhangi bir hastalıkla ilgili cerrahi müdahale (Ameliyat) yapıldı mı? Evet (Açıklama tablosunda belirtiniz) Hayır

4) Şu an tıbbi ya da cerrahi müdahale (Ameliyat) gerektiren bir hastalığınız var mı? Evet (Açıklama tablosunda belirtiniz) Hayır

5) Doğumsal (Konjenital) bir hastalığınız var mı? Vücut yapınızda doğuştan ya da sonradan oluşan fiziksel eksiklik ya da şekil bozukluğu var mı? Evet (Açıklama tablosunda belirtiniz) Hayır

6) Fizik tedavi, kemoterapi, radyoterapi uygulandı mı? Evet (Açıklama tablosunda belirtiniz) Hayır

7) Tedavi görülmesini gerektiren rahatsızlığınız var mı? Evet (Açıklama tablosunda belirtiniz) Hayır

8) En son ne sebep ile doktora gittiğinizi tarihi ile birlikte belirtiniz. Evet (Açıklama tablosunda belirtiniz) Hayır

9) Kan tahlili yaptırdınız mı? Normal değerler dışında çıkan tahliliniz var mı? Evet (Açıklama tablosunda belirtiniz) Hayır

10) Herhangi bir rahatsızlık için ileri tetkik (MR, Tomografi, Kolonoskopi, Gastroskopi,...) yaptırdınız mı? Belirtiniz. Evet (Açıklama tablosunda belirtiniz) Hayır

11) Vücudunuzun herhangi bir yerinde uyuşma, ağrı hissi vb. belirtiler var mı? Belirtiniz. Evet (Açıklama tablosunda belirtiniz) Hayır

AÇIKLAMA TABLOSU

Yukarıda 1-11 numaralı sorulardan işaretlediğiniz sık ya da evet olarak cevapladığınız soru var ise sorunun numarası ve ilgili kişinin ismini vererek bu tabloda açıklama yapınız.

Soru No	Kişi Adı	Yapılan Tedavi	Tedavi Tarihi (Ay/Yıl)	Yapılan Ameliyat	Ameliyat Tarihi (Ay/Yıl)	Tedavi / Ameliyat Olunan Hastane	Son Durum

Önemli Not: Yukarıda beyan edilen her türlü rahatsızlığa ait tıbbi raporların, tetkik sonuçlarının (örneğin ameliyat raporu, patoloji raporu, tahlil/röntgen sonuçları, tomografi/MR sonuçları) Başvuru Formu'na eklenmesini önemle rica ederiz.

Aşağıdaki soruları teminat altına alınacak kişilerin isimlerini belirterek cevaplayınız.

12) Düzenli kullandığınız ilaç var mı? Evet İlaç Adı Hayır

13) Tütün kullanımınız var mı? Evet Hayır
(Cevabınız evet ise; kullanıcı adı, kullanım süresi ve günlük tüketim miktarı)

14) Alkol kullanımınız var mı? Evet Hayır
(Cevabınız evet ise; kullanıcı adı, kullanım süresi ve günlük tüketim miktarı)

15) Madde bağımlılığınız var mı? Evet Hayır
(Cevabınız evet ise; kullanıcı adı, kullanım süresi)

16) BAYANLAR İÇİN:

a) Doğum yaptınız mı? Canlı doğum sayısı nedir? Evet Sayı..... Hayır

b) Şu anda hamileliğiniz mevcut mu? Evet Kaç Aylık..... Hayır

c) Son adet tarihiniz? Hayır

17) Profesyonel olarak spor yapıyor musunuz? Cevabınız evet ise açıklayınız. Evet..... Hayır

Bu formdaki ifadelerin bilgi ve kanaatime göre eksiksiz ve doğru olduğunu ve Groupama Sigorta A.Ş.'nin bilmesi gereken herhangi bir şartı gizlemediğimi beyan ederim. Sağlık Sigortası kurallarına, police genel ve özel şartlarına uymayı ve bu formdaki beyanların Groupama Sigorta A.Ş. ile aramızdaki sigorta sözleşmesinin temeli olacağını ve Groupama Sigorta A.Ş.'nin tarafıma sigorta teminatı verip vermemekte serbest olduğunu kabul ediyorum. Groupama Sigorta A.Ş.'nin teminat vermesi ve tarafımda ilk primim ödenmiş olması kaydıyla sigorta başlangıç tarihimin police tanzim tarihi olduğunu biliyor ve kabul ediyorum. Başlangıç sigortalı olduğum tarihten (policedeki sigorta başlangıç tarihinden) önceye dayanan bir hastalık ve/veya yaralanma sonucu ortaya çıkan tedavilerim veya bunların sebebiyet verdiği komplikasyonların Özel Şartlarındaki ilgili maddelere tabi olacağını biliyor ve kabul ediyorum. Trafik kazası sonucu hastanede yapılan tedavi ile ilgili BUT/SUT tarifi üstünde tahsil edilen fatura bedelinin istirdatı ile ilgili her türlü yasal talep ve dava hakkımı Groupama Sigorta A.Ş.'ye devir ve temlik ettim. Policemle ilgili bilgilerin SAGMER ile paylaşılmasını kabul ediyorum. Tarafıma bildirilecek olan hesap numarasına tazminat ödenmesi halinde, Groupama Sigorta A.Ş. tamamen ibra edilmiş olacaktır.

İş bu policede sigortalı olarak görünen kişinin talep etmesi halinde, bu police ilgili tüm bilgilerin kendisine verilmesini ve verilen bu bilgiler sebebiyle herhangi bir maddi-manevi tazminat talebinde bulunmayacağımı kabul, beyan ve taahhüt ediyorum. Police ile ilgili değişiklik taleplerinin tarafımdan, yahut sigortalı tarafından yapılacağını beyan ediyor ve sigortalı tarafından yapılan değişiklik taleplerinin de işleme konmasını önemle rica ediyorum. Kendim ve/veya sigorta kapsamındaki aile bireylerimin sağlığı ile ilgili olarak SBGM'den, (Özel sigorta şirketleri ve/veya Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından karşılanan işlemlere ait bilgi/belge dahil) her türlü sağlık kuruluşundan, doktordan veya üçüncü şahıslardan bilgi toplanmasına izin veriyor ve gerektiğinde daha fazla bilgi sağlamayı kabul ediyorum.

Üstte bulunan kutucuğun işaretlenmesi gerekmektedir. Boş bırakılması durumunda işaretlenmiş olarak kabul edilecektir.

ACENTE
Kaşe
Tarih: / /
İmza:

SİGORTALI ADAYI
Tarih: / /
İmza:

SİGORTA ETTİREN
Tarih: / /
İmza: