



0 850 711 09 10  
aveonglobalsigorta.com

## SAĞLIK SİGORTASI BAŞVURU FORMU

SİGORTA ETTİREN ADI,SOYADI :		SENDİKA ADI :	ÜYENUMARASI	
ACENTE ADI /ACENTE NO:		POLİÇE BAŞLANGIÇ TARİHİ	YENİLEME GARANTİSİ VAR <input type="checkbox"/> YOK <input type="checkbox"/>	
YAZIŞMA ADRESİ		POLİÇE BİTİŞ TARİHİ	YENİLEME YILI	
		POLİÇE TANZİM TARİHİ	SEÇİLEN PLAN /PAKET	SADECE YATARAK <input type="checkbox"/>
				Y.T.+ A.T <input type="checkbox"/> 8 ADET
İLK KAYIT TARİHİ	NETWORK TİPİ	STD. NETWORK <input type="checkbox"/>		
CEP TEL	İŞ TEL	POSTA KODU	E MAIL:	FAKS

## SİGORTA KAPSAMINA ALINACAK KİŞİLER İÇİN

\*\*\* ÖNEMLİ: Bilgilendirme Yönetmeliği gereğince 18 yaş üzeri her bir bireyin kendisine ait CEP TELEFONU - E-MAIL ve IBAN numarası yazması zorunludur

YAKINLIK DERECESESİ	ADI SOYADI	DOĞUM TARİHİ - YERİ / UYRUK	CİNSİYET BOY - KİLO / (CM) - (KG)	T.C.KİMLİK -KKTC KİMLİK NO- YABANCI KİMLİK NO(VK NO) - PASAPORT NO & GSM	MESLEK
SİGORTA ETTİREN		...../...../..... <input type="checkbox"/> T.C. <input type="checkbox"/> Diğer	<input type="checkbox"/> K / W <input type="checkbox"/> E / M .....CM .....KG	..... Gsm: .....	
FERT( Sigorta Ettiren Sigortalananak kişiden farklı ise bu alan doldurulacak)		...../...../..... <input type="checkbox"/> T.C. <input type="checkbox"/> Diğer	<input type="checkbox"/> K / W <input type="checkbox"/> E / M .....CM .....KG	..... Gsm: .....	
Eş		...../...../..... <input type="checkbox"/> T.C. <input type="checkbox"/> Diğer	<input type="checkbox"/> K / W <input type="checkbox"/> E / M .....CM .....KG	..... Gsm: .....	
1. Çocuk		...../...../..... <input type="checkbox"/> T.C. <input type="checkbox"/> Diğer	<input type="checkbox"/> K / W <input type="checkbox"/> E / M .....CM .....KG	..... Gsm: .....	
2. Çocuk		...../...../..... <input type="checkbox"/> T.C. <input type="checkbox"/> Diğer	<input type="checkbox"/> K / W <input type="checkbox"/> E / M .....CM .....KG	..... Gsm: .....	
3. Diğer		...../...../..... <input type="checkbox"/> T.C. <input type="checkbox"/> Diğer	<input type="checkbox"/> K / W <input type="checkbox"/> E / M .....CM .....KG	..... Gsm: .....	

## ÖNCEKİ DÖNEM SİGORTA ŞİRKETİ VE POLİÇE BİLGİLERİ

(Başka bir sigorta şirketinde ve ya Aveon global sigorta A.Ş. de önce ya da halen yürürlük de olan sağlık sigortanız var mı ? Aşağıda ki alanlar doldurulmadığında yanıt 'hayır' olarak kabul edilecektir.

POLİÇE TİPİ	FERDİ <input type="checkbox"/> GRUP <input type="checkbox"/>	FİRMA /GRUP ADI	POLİÇE TEMİNATLARI
POLİÇE BAŞLANGIÇ TARİHİ	SİGORTA ŞİRKETİ ADI		
POLİÇE BİTİŞ TARİHİ	ÜRÜN ADI		
POLİÇE ÇIKIŞ /IPTAL TARİHİ	NETWORK TİPİ		

## ÖDEME BİLDİRİM VE ONAY FORMU

BANKA ADI	-----	CVV	GEÇERLİLİK TARHİ
KART NUMARASI	-----	-----	-----
PEŞİN ÖDEME	TOPLAM PRİM	TAKSİT ADEDİ	TAKSİT TUTARI
-----	-----	-----	-----

## SAĞLIK GİDERLERİNİZE AİT FATURA TURARLARINIZIN ÖDENMESİNİ İSTEDİĞİNİZ HESAP BİLGİLERİNİZ

Kanunen poliçe kapsamındaki 18 yaş üstü her birey için ayrı hesap no. sı bildirilmek zorunluluğu mevcuttur

HESAP SAHİBİ ADI, SOYADI	BANKA ADI -ŞUBE ADI/ KODU	IBAN NO./IBAMANE NUMBER	HESAP NO
-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----

Başvuru sahibinin aşağıdaki soruları kendisi ve kanunen bakmakla yükümlü olduğu ve "Sigorta Bünyesine Katılacak Kişiler" başlığı altında bilgilerini verdiği kişiler adına doldurmasını ve EVET yanıtlarıyla ilgili ayrıntılı bilgileri aşağıdaki ilgili bölümlere yazmasını, varsa mevcut raporların eklenmesini rica ederiz. Aşağıdaki sorulara ne kadar ayrıntılı ve doğru yanıt vererseniz, sigorta sisteminiz o kadar iyi işleyecektir. Yanlış veya eksik beyan, tazminat talebinizin reddine sebep olacaktır.

Aşağıda yer alan Sorular sigorta kapsamına alınacak tüm bireyler için Cevaplanmalıdır.Sağlık geçmişi ile ilgili sorulara eksiksiz ve doğru yanıt verilmesi çok önemlidir. Söz konusu beyanın eksik veya gerçeğe aykırı olması durumunda sağlık sigortası Genel şartları ,Ürün özel şartları ilgili maddeler uyarınca; Mevcut beyansız her türlü durumun kapsam dışı kalması ve /veya durumun tespit edildiği tarih itibarıyla Muafiyet , ek prim ,limit uygulanması , sigorta sözleşmesinin iptali , poliçenin yeniden düzenlenmesi söz konusu olabilir.

1-Aşağıda belirtilen hastalıklarla ilgili herhangi bir şikayetiniz var mı? / "EVET" yanıtı verdiğiniz hastalıklar/rahatsızlıklarla ilgili lütfen aşağıda istenmiş bilgileri ilgili kişiler için doldurunuz.

		E	H			E	H
1	Cilt/Deri hastalıkları,Allerjik hastalıklar ( Egzema , vitiligo, behçet vb.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15	Meme Hastalıkları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Doğumsal, Genetik hastalık veya deformite ,zeka bozukluğu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16	Psikiyatrik ve Psikolojik hastalıklar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Eklem, Kas ve İskelet sistemi ,bağ dokusu,kemik, diz hastalıkları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17	Romatizmal Hastalıklar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Endokrin/ hormonal hastalıklar ( Tiroid , Hipofiz, Cushing vb.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18	Sırt, bel,boyun,Omurga hastalıkları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Fıtık( Kasık,Göbek,mide, bel,boyun vb.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19	Sindirim sistemi hastalıkları (Mide,Bağırsak, ülser,Gastrit,Reflü vb)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Göz hastalıkları kırma kusuru, glokom,katarakt vb.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20	Sinir sistemi hastalıkları ,MS, Felç, Sara , Parkinson, Alzheimer vb.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Hemoroid, Anal fissür-fistül, Anal polip vb.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21	Solunum sistemi hastalıkları ( Akciğer hastalıkları (Astım-KOAH-Verem-Pnömotoraks) nefes borusu ,gırtlak vb.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Hepatit , Aids,diğer enfeksiyonlar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22	Şeker( diyabet) hastalığı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Jinekolojik hastalıklar ( Rahim, yumurtalık hastalıkları gibi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23	Üriner Sistem /Böbrek ve Mesane Hastalıkları ( Taş düşürme -Nefrit vb.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Kalp ve Damar hastalıkları,( Tansiyon,Kolesterol,Kalp Kapak hastalıkları ,Varis, Kalp yetmezliği ,Venöz yetmezlik vb.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24	Varikozel , Prostat, Testis vb. hastalıklar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Kan ve kemik iliği hastalıkları ( Anemi, talasemi vb.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25	Askerliğinizi yaptınız mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Kanser,Kist ,tümör,lipom,nodül,polip vb.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26	Belirtilen Hastalıklar dışında herhangi bir hastalık ya da kaza durumunuz var mı ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Karaciğer, Pankreas, dalak , Safra Kesesi hastalıkları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27	Siz ve/veya sigortalanacak aile bireylerinizden herhangi biriniz ameliyat geçirdiniz mi? Tedavi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Kulak burun boğaz hastalıkları (Bademcik- Genizeti-Sinüzit-Uyku apnesi -otoskleroz- Vertigo vb.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28	.Kan, idrar, radyoloji vb. testi yaptırdınız mı? Biyopsi Alındı mı ? Sonuçları?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				29	Düzenli ilaç kullandınız mı?Halen devam eden ilaç	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Yanıtı EVET olan sorular için ;Hastalık Baş.Tar. /Son Şikayet Tar.,Tanı ,Kullanılan İlaç , Tedavi Uyg. Sağlık Kuruluşu/ Doktor ve Takip / Tedavi Yöntemi ile ilgili bilgileri açıklayınız

SORU NO.	ADI SOYADI	HASTALIK ADI -SEMPTOM	UYGULANAN TEDAVİ VE SÜRESİ - YAPILAN TETKİK VE TAHLİLLER- SONUÇ DURUMU	DOKTOR BRANŞ -İSİM VE HASTANE

Ben aşağıdaki imza sahibi; bu giriş formu nedeniyle Aveon Global Sigorta A.Ş.'nin herhangi bir taahhüt altına girmediyimi, önceki şirket ve sigortalılık dönemlerim dahil sağlık durumum ile ilgili başvuru formumun poliçeleşmesini etkileyecek, Aveon GlobalSigorta'nın bilmesi gereken herhangi bir hususu gizlemediğimi, yanlış veya eksik beyanda bulunmadığımı, aksi takdirde ortaya çıkabilecek anlaşmazlıklarda Sigorta şirketi'nin herhangi bir sorumluluk altına girmeyeceğini, bu giriş formunda belirtmiş olduğum bütün hususlar hakkında doktor, sağlık kurumları ve diğer ilgililerden bilgi alma konusunda Aveon Global Sigorta A.Ş.'ni yetkili kıldığımı beyan, kabul ve tasdik ederim. Başvuru formunda işaretlenmeyen soruların yanıtlarının "hayır" olarak işleme alınmasını kabul ediyorum.

SİGORTA ETTİREN /SİGORTALI TARİH / İMZA	SİGORTA ACENTESİ TARİH / İMZA	SİGORTA ŞİRKETİ TARİH / İMZA
	TÜRKİN SİGORTA ARACILIK HİZMETLERİ A.Ş.	