

SAĞLIK BEYAN FORMU

Poliçe Numarası*

SİGORTALI ADAYININ

Ad Soyad*

Doğum Tarihi

Doğum Yeri

Cinsiyeti

Medeni Hali

Mesleği

Hayır

Evet (Cevabınız evet ise lütfen açıklayınız)

Kalp Hastalıkları

Hipertansiyon

Felç

Diabet (Şeker)

Böbrek
RahatsızlıklarıSolunum Sistemi
RahatsızlıklarıSon 5 Yılda Bir Kaza
veya Hastalık Sonucu
Hastanede 7 Gün veya
Daha Fazla Süreyle
Yatışınızı veya 15
Günden Daha Uzun
Bir Süreyle Tıbbi Bir
Tedavi Görmenizi
Gerektiren Bir
Durumunuz Oldu Mu?

Sağlık durumum ile ilgili formdaki tüm soruları okuyarak eksiksiz ve doğru olarak cevaplandırdığımı, sorulara doğru cevap vermemiş olmam halinde bu durumun kasten beyan yükümlüğüne aykırılık teşkil ettiğini bildiğimi, hastalıklara ilişkin sorulara evet cevabı vermem halinde mevcut hastalığım nedeniyle sigorta kapsamına alınmayacağım hususunu bildiğimi, bu hastalığa ilişkin sorulara hayır cevabı vermem ve sigorta başvurumun kabulü halinde sigorta sertifikasının düzenlenmesini, sorulara vermiş olduğum cevaplar esas alınarak sigorta kapsamına alındığımı, bu hastalığa bağlı olarak rizikonun gerçekleşmesi durumunda; poliçenin hükümsüz olduğunu ve teminat kapsamı dışında olduğumu, sigorta şirketini tüm sağlık kurum ve kuruluşlardan, her türlü resmi, özel kişi ve kuruluşlar ile kurumlardan sağlık durumum ile ilgili kayıt ve belgeler dahil sigorta teminatını değerlendirmek için gerekli bilgi ve belgeleri talep etmeye yetkili kıldığımı kabul ve beyan ederim.

SİGORTALI BİLGİLERİ

Ad Soyad*

Tarih*

..... / /

İmza*