

Police Türü: Grup Sağlık Tamamlayıcı Grup Sağlık

Personel Sicil No:

Görevi :

Firma Adı :

Formu büyük harfle ve okunaklı olarak doldurunuz. Kimlik bilgilerinizin nüfus cüzdanı bilgilerinizle aynı olacak şekilde doldurulması gerekmektedir. Sigortalanacak aile bireyleriniz beş kişiden fazlaysa lütfen ikinci bir form doldurunuz.

Sigortalı Adayının Adı / Soyadı	Uyruk	T.C. Kimlik Numarası (*)	Doğum Tarihi	Doğum Yeri	Cinsiyeti	Baba Adı	Medeni Hali	Boy/Kilo	Kadınlar için: Hamile misiniz?
Personel:			.../.../.....		E <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>		E <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>cm/.....kg	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
Eş:			.../.../.....		E <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>		E <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>cm/.....kg	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
1. Çocuk:			.../.../.....		E <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>		E <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>cm/.....kg	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
2. Çocuk:			.../.../.....		E <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>		E <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>cm/.....kg	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
3. Çocuk:			.../.../.....		E <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>		E <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>cm/.....kg	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>

(*): Yabancı uyruklular için Yabancı Kimlik Numarası ve/veya Vergi Kimlik Numarası belirtilir.

İletişim Bilgileri: Sigortalılara yapılacak olan bildirimlerde Personel'in İLETİŞİM BİLGİLERİ personelin ailesi için de geçerlidir ve personele yapılacak bildirimler varsa policedeki diğer aile bireylerine de yapılmış olarak kabul edilir. Sigorta Ettiren tarafından toplu olarak iletilmesi halinde Personele ait, iletilmemesi halinde Sigorta Ettiren'e ait iş adresleri, cep telefonları ile elektronik posta adreslerini ifade eder.

İl		İlçe		Mahalle	
Semt		Cadde		Sokak	
Site Adı		Apt. Adı		Blok/Apt. No.	
Kapı No		Daire		Posta Kodu	
Ev Tel.	(0.....).....	İş Tel.	(0.....).....	Cep Tel.	(0.....).....
E-Posta (İş)		E-Posta (Diğerleri)			

Tazminat Ödemeleri için sigortalı personelin maaşının yattığı banka hesap bilgisi

IBAN No. TR <input type="text"/>
Ortak hesapsa hesap sahiplerinin adları:

Şu an SGK kapsamında sigortalı mısınız?

E H Evet ise;

Sosyal Güvenlik Numarası

 Şimdiye kadar şirketimizde veya başka bir sigorta şirketinde özel sağlık ve/veya hayat sigortanız ve/veya reddedilen başvurunuz olduysa; şirket ismi ve dönemini belirterek yazınız.**SAĞLIK BEYANI (Hastalık Grubu Listesinden hastalıkları seçerek sağlık beyanını yapınız.)**

Sigortalanması talep edilen bireylerde (çalışan ve bağımlısı) daha önce geçirilmiş bir ameliyat, hastalık/rahatsızlık veya takip ve tedavisi devam eden bir hastalık/rahatsızlık ya da doktora başvurulmamış bir sağlık şikayetiniz var mı?

 Hayır, yok Evet ise, lütfen aşağıdaki hastalık gruplarından işaretleyiniz.

Hastalık grubunun listede yer almaması halinde 'Diğer' kutucuğunu kullanarak ayrıntılarını belirtiniz.

İşaretlediğiniz hastalık grubu ile ilgili raporları (Dr. raporları, patoloji ve epikriz raporları, tetkik sonuçları vb) ekleyiniz.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Akciğer/Solunum Yolu Hastalıkları | <input type="checkbox"/> 2. Bağırsak Hastalıkları |
| <input type="checkbox"/> 3. Burun, Kafa Sinüsü, Konka Hastalıkları | <input type="checkbox"/> 4. Deri ve/veya Lenf Bezi Hastalıkları |
| <input type="checkbox"/> 5. Eklem Hastalıkları(Diz,Kalça,Omuz gibi) | <input type="checkbox"/> 6. Göz Hastalıkları |
| <input type="checkbox"/> 7. İyi Huylu Kist, Kitle/Tümör | <input type="checkbox"/> 8. Kan Hastalıkları |
| <input type="checkbox"/> 9. Endokrin Sistem Hastalığı(Hormon Bozuklukları gibi) | <input type="checkbox"/> 10. Kas,Kemik Hastalıkları (Kırık/Çıktıklar dahil) |
| <input type="checkbox"/> 11. Meme Hastalıkları | <input type="checkbox"/> 12. Prostat ve Testis Hastalığı |
| <input type="checkbox"/> 13. Rahim ve Yumurtalık Hastalığı | <input type="checkbox"/> 14. Sinir Sistemi,Beyin/Beyin Damar Hastalıkları |
| <input type="checkbox"/> 15. Tansiyon Hastalığı | <input type="checkbox"/> 16. Varis |
| <input type="checkbox"/> 17. Anorektal Hastalıklar(Basür,Fistül gibi) | <input type="checkbox"/> 18. Böbrek ve İdrar Yolları Hastalıkları |
| <input type="checkbox"/> 19. Büyüme ve Gelişme Geriliği | <input type="checkbox"/> 20. Doğumsal, Kalıtsal Hastalıklar |
| <input type="checkbox"/> 21. Fıtıklar(Kasık, Göbek gibi) | <input type="checkbox"/> 22. Her Tür Kanser, Kötü Huylu Kitle/Tümör |
| <input type="checkbox"/> 23. Kalp ve Damar Hastalığı | <input type="checkbox"/> 24. Kulak ve Denge Sistemi Hastalıkları |
| <input type="checkbox"/> 25. Karaciğer,Safra,Pankreas ve Dalak Hastalıkları | <input type="checkbox"/> 26. Şeker Hastalığı, İnsülin Direnci, Glukoz Metabolizma Bozukluğu |
| <input type="checkbox"/> 27. Omurga Hastalıkları(Boyun, Sirt ve Bel) | <input type="checkbox"/> 28. Psikiyatrik Hastalık |
| <input type="checkbox"/> 29. Romatizmal Hastalık | <input type="checkbox"/> 30. Yemek Borusu,Mide ve Duodenum Hastalıkları |
| <input type="checkbox"/> 31. Tiroid ve Paratiroid Bezi Hastalıkları | <input type="checkbox"/> 32. Diğer, _____ |

Yukarıda işaretlediğiniz hastalık grup numaralarını aşağıda belirterek, detayları sigortalı adayları özelinde açıklayınız.

Adı - Soyadı	No:	Hastalık Adı	Tanı Tarihi	Tedavi Şekli	Tedavi Tarihi	Tetkik Adı	Güncel Durum

BEYAN VE TAAHHÜTNAME

Sigorta şartlarını kabul ederek yukarıda eksiksiz olarak doldurduğum 2 sayfadan oluşan bu Başvuru Formu doğrultusunda gerek kendim gerekse sigortalanmasını istediğim aile bireylerim için aşağıdaki maddeleri peşinen kabul, beyan ve taahhüt ederim:

Başvurunun Değerlendirilmesi:

Formun tarafımda doldurulması ile Allianz Sigorta A.Ş. (Allianz)'nin bir taahhüt altına girmediğini, Form'da iletilen tüm bilgi ve belgelerin, talep edilen poliçe kapsam ve içeriğinin 'Poliçe Özel Şartları' ve var ise Protokol, 'Sağlık Sigortası Genel Şartları' ile Allianz'ın risk değerlendirme esasları çerçevesinde değerlendirileceğini ve geçerliliğinin belirleneceğini, daha önce sigortalısı olduğum sigorta şirketlerinden gelecek bilgi ve belgeleri beklemeksizin işlem yapabileceğini, bu kapsamda Allianz'ın poliçe primlerini değiştirme, istisna ve/veya hastalık ek primi uygulama veya başvuruyu kabul etmeme hakkını saklı tuttuğunu,

Bilgilerin Tam, Doğru ve Eksiksiz Olması:

Yukarıda verdiğim tüm bilgilerin tam, doğru ve eksiksiz olduğunu, önemsiz olduğunu düşünerek paylaşmakta tereddüt ettiğim bilgi olmadığını, Allianz'ın bilmesi gereken herhangi bir durumu gizlemediğimi, Form'un imzalandığı tarihte mevcut olan ve/veya daha önce geçirilen hastalık/rahatsızlıkların poliçe kapsamına alınmayacağını bildiğimi ve bu hususu kabul ettiğimi, Form'da işaret koymadığım soruların bulunması durumunda bu sorunun cevabının "hayır,yok" olarak kabul edileceğini, Form'da eksik ve hatalı bilgi bulunması halinde ve/veya başvurunun değerlendirme sürecinde oluşan veya daha önce sigortalısı olduğum sigorta şirketinden elde edilen bilgi ve belgelerden tespit edilen hastalık/rahatsızlıklar nedeniyle Allianz'ın adıma poliçe düzenlememe, poliçe düzenlenmiş ise Türk Ticaret Kanunu, Poliçe Özel ve Genel Şartları uyarınca tazminatı ödememe ve/veya sigortadan vazgeçme hakkına sahip olduğunu bildiğimi, Form'da eksik bilgi bulunması ve/veya Allianz tarafından ilave tetkik istenmesi durumunda, istenilen belgelerin Allianz'a ulaşip, değerlendirmesinden sonra poliçeye dahil edilip edilmeyeceğime karar verileceğini bildiğimi,

Bilgi Paylaşımı:

Allianz'ın sigortacılık mevzuatı, ilgili yönetmelikler, sağlık mevzuatı dahil, ilgili yasal düzenlemeler çerçevesinde T.C. Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı, Sağlık Sigortaları Bilgi ve Gözetim Merkezi (SBGM), Türkiye Sigorta Birliği (Türkiye Sigorta Reasürans ve Emeklilik Şirketleri Birliği), tüm sağlık kurum ve kuruluşları, diğer sigorta şirketleri ve kamu kurum ve kuruluşları nezdinde inceleme yaparak, bilgi ve / veya belge temin etme ve paylaşımında bulunmaya yetkili kıldığımı bu nedenle gerek şirkete gerekse sağlık bilgilerimi paylaşan özel ve resmi sağlık kurumları, doktor ve diğer ilgili yerlere karşı herhangi bir hak iddia etmeyeceğimi ve bu yerlere karşı herhangi bir hukuki ve cezai yönden hiçbir girişimde bulunmayacağımı,

İletişim İzinleri:

Allianz Sigorta A.Ş. nezdinde tarafıma düzenlenecek sözleşme/poliçe kapsamında ilettiğim ve Allianz Sigorta A.Ş. tarafından ilgili kişi ve kurumlardan sağlanacak kişisel bilgilerimin, ihtiyaçlarım doğrultusunda bana uygun ürün, uygulama, avantaj veya kampanyalardan yararlanabilmem, genel bilgilendirme yapılması ve tarafımla her türlü iletişim sağlanması amacıyla işlenmesine ve bu doğrultuda kişisel bilgilerimin, Allianz Sigorta A.Ş. tarafından Allianz Hayat ve Emeklilik A.Ş., Allianz Yaşam ve Emeklilik A.Ş. ve bunların acenteleri ve Allianz Sigorta A.Ş. acenteleri ve sözleşmeli iş ortakları ile paylaşılmasına muvafakat ettiğimi, Allianz Sigorta A.Ş., Allianz Hayat ve Emeklilik A.Ş., Allianz Yaşam ve Emeklilik A.Ş., ve bunların acenteleri tarafından, doğrudan ya da SMS, resim, animasyon, kısa mesaj, multimedya nesnelere içeren MMS, telefon, faks, otomatik arama makineleri, elektronik posta ve benzeri iletişim kanallarından iletilecek veri, ses ve görüntü içerikli bilgilendirme, tanıtım ve pazarlama iletilerinin tarafıma gönderilmesini, dilediğim zaman tamamen veya ürün ve kanal bazında, veri, ses, görüntü vesair her türlü ileti gönderimini reddetme hakkını haiz olduğumu bildiğimi kabul ve beyan ederim.

(Şirketimizin sizinle iletişimde olabilmesi için lütfen kutucuğu işaretleyiniz.)

İtiraz hakkı:

Poliçenin düzenlenmesi halinde, itirazım varsa, tazminat talebinde bulunmadan önce ve poliçe başlangıç tarihinden en geç 30 gün içinde bu itirazı Allianz'a yapmadığım takdirde, poliçenin tüm Özel ve Genel Şartları ile hakkımda hüküm ifade edeceğini bildiğimi, kabul, beyan ve taahhüt ederim.

Beyan Sahibinin(*):

Adı/Soyadı

Form (Beyan) Tarihi

İmzası
(Beyan Sahibinin)

(*) 18 yaş ve üstü sigortalı adayı veya 18 yaş altı sigortalı adayının ebeveynlerinden biridir.

Allianz Sigorta A.Ş.

Allianz Tower Küçükbakkalköy Mah. Kayışdağı Cad. No:1 34750 Ataşehir/İstanbul Tel: (0216) 556 66 66 Faks: (0216) 556 67 77

Tic. Sicil No: 6022 Allianz Çözüm Hattı 444 45 46 Mersis No: 0-8000-0132-7000012 www.allianzsigorta.com.tr