

## MAKSİMUM SAĞLIK SİGORTASI - BİREYSEL SORU FORMU

Çerçeve ile gölgelendirilmiş alanlar Anadolu Sigorta / Acente tarafından doldurulacaktır.

|                                       |                 |                 |
|---------------------------------------|-----------------|-----------------|
| Acente kodu                           | Alt acente kodu | Eleman kodu     |
| Yeni müşteri <input type="checkbox"/> | Müşteri no.     | Müşteri grup no |
|                                       |                 | Poliçe no       |

## 1. Sigortalı adayının bilgileri

|  |  |              |          |
|--|--|--------------|----------|
| Adı ve soyadı  | Doğum tarihi   |              |          |
|  | ___ / ___ / ___  |              |          |
| Cinsiyeti  | Baba adı   | Uyruğu       |          |
| <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> K  |  |              |          |
| TC kimlik no   | Pasaport no (TC vatandaşı değil ise)   |              |          |
|  |  |              |          |
| Medeni hal   | Öğrenim durumu   |              |          |
| <input type="checkbox"/> Evli (___ yıldır) <input type="checkbox"/> Bekar <input type="checkbox"/> Dul | <input type="checkbox"/> İlkokul <input type="checkbox"/> Ortaokul <input type="checkbox"/> Lise <input type="checkbox"/> Üniversite <input type="checkbox"/> Lisansüstü |              |          |
| Meslek   | Kan grubu  | Çocuk sayısı | Boy/kilo |
|  |  |              | cm/ kg   |

## Ev adresi

Serbest adres (Sadece aşağıdaki kısımlara UYMAYAN ADRES BİLGİLERİ yazılacaktır.)

|             |         |              |     |            |
|-------------|---------|--------------|-----|------------|
| Köy/Mahalle | Cadde   | Sokak        |     |            |
|             |         |              |     |            |
| Apt. Adı    | Bina no | Daire no     | Kat | Posta kodu |
|             |         |              |     |            |
| Semt        | İlçe    | İl           |     |            |
|             |         |              |     |            |
| E-posta     | Telefon | Cep telefonu |     |            |
|             |         |              |     |            |

## İş adresi

Serbest adres (Sadece aşağıdaki kısımlara UYMAYAN ADRES BİLGİLERİ yazılacaktır.)

|  |         |          |     |            |
|--|---------|----------|-----|------------|
| Köy/Mahalle  | Cadde   | Sokak    |     |            |
|  |         |          |     |            |
| Apt. <input type="checkbox"/> Han <input type="checkbox"/> Çarşı <input type="checkbox"/> Pasaj <input type="checkbox"/> Bağımsız <input type="checkbox"/> vb.'nin Adı | Bina no | Daire no | Kat | Posta kodu |
|  |         |          |     |            |
| Semt   | İlçe    | İl       |     |            |
|  |         |          |     |            |
| E-posta  | Telefon | Faks     |     |            |
|  |         |          |     |            |

Yazışma adresinizi belirtiniz.

 Ev  İş

## MAKSİMUM SAĞLIK SİGORTASI - BİREYSEL SORU FORMU (devam)

### 2. Eşinin bilgileri (Bu bölüm, sigortalı adayının eşiyle birlikte sigortalanma isteği durumunda doldurulmalıdır.)

|   |           |              |        |
|---|-----------|--------------|--------|
| Adı ve soyadı   |           | Doğum tarihi |        |
| _____   |           | ___/___/___  |        |
| Cinsiyeti   | Baba adı  | TC kimlik no | Uyruğu |
| <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> K | _____     | _____        | _____  |
| E-posta   | Telefon   | Cep telefonu | Faks   |
| _____@_____   | _____     | _____        | _____  |
| Meslek  | Kan grubu | Boy/kilo     |        |
| _____   | _____     | cm/ kg       |        |

### 3. Sigortalanacak çocukların bilgileri (1)

| Adı ve soyadı | TC kimlik no | Cinsiyeti   | Doğum tarihi | Kan grubu | Boy/kilo |
|---------------|--------------|---|--------------|-----------|----------|
| _____         | _____        | <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> K | ___/___/___  | _____     | cm/ kg   |
| _____         | _____        | <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> K | ___/___/___  | _____     | cm/ kg   |
| _____         | _____        | <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> K | ___/___/___  | _____     | cm/ kg   |
| _____         | _____        | <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> K | ___/___/___  | _____     | cm/ kg   |

(1) Kızı, oğlu, üvey kızı, üvey oğlu, evlatlığı (Aile poliçesine 30 yaşından küçük, evlenmemiş çocuklar dahil edilir.)

### 4. Banka hesap bilgileri (Şirketimize göndereceğiniz sağlık giderlerinize ait fatura tutarlarının ödenmesini istediğiniz banka hesap numarasını belirtiniz.)

|           |          |          |
|-----------|----------|----------|
| Banka adı | Şube adı | Hesap no |
| _____     | _____    | _____    |

### 5. Ödeme türü

Peşin  5 taksit  9 taksit

### 6. Ödeme şekli

Nakit  Kredi kartı  Otomatik ödeme

**UYARI:** Kredi kartı veya hesaben ödeme, ancak poliçe numarasını taşıyan Kredi Kartı veya Otomatik Ödeme Talimat Formu doldurulması halinde geçerlidir.

### 7. Tercih edilen sağlık paketi (Lütfen tercihinizi belirtiniz.)

#### MAKSİMUM SAĞLIK SİGORTASI

##### Sadece yatarak tedavi planı

PAKET - 1 (Limitsiz %100 ödemeli)

PAKET - 1 EKO

##### Yatarak + ayakta tedavi planları

PAKET - 2 (Yatarak tedaviler limitsiz %100 ödemeli, ayakta tedaviler limitli %80 ödemeli)

PAKET - 2 EKO

PAKET - 3 (Yatarak tedaviler limitsiz %100 ödemeli, ayakta tedaviler limitli %80 ödemeli)

PAKET - 3 EKO

PAKET - 4 (Yatarak tedaviler limitsiz %100 ödemeli, ayakta tedaviler limitsiz %80 ödemeli)

PAKET - 4 EKO

PAKET - 5 (Yatarak tedaviler limitsiz %100 ödemeli, ayakta tedaviler limitsiz %100 ödemeli)

PAKET - 5 EKO

PAKET - 6\* (Tamamlayıcı poliçe)

\* PAKET - 6'yı seçen sigortalı adaylarının, varsa sağlık teminatı altında oldukları diğer kurum \_\_\_\_\_

### 8. Sigorta ettirenin (Bu bölüm sigorta primi, sigortalı adayı dışındaki kişiler veya bir firma tarafından ödenecekse doldurulacaktır.)

|                  |                                |                                      |        |
|------------------|--------------------------------|--------------------------------------|--------|
| Adı/Unvanı       |                                | Soyadı                               |        |
| _____            |                                | _____                                |        |
| Doğum tarihi     | Mesleği                        |                                      |        |
| _____            | _____                          |                                      |        |
| Baba adı         | TC kimlik no (gerçek kişi ise) | Pasaport no (TC vatandaşı değil ise) | Uyruğu |
| _____            | _____                          | _____                                | _____  |
| Vergi kimlik no* | Vergi dairesi*                 | Vergi dairesi ili*                   |        |
| _____            | _____                          | _____                                |        |

\* Gerçek kişi değil ise doldurulacaktır.

#### Adresi

Serbest adres (Sadece, aşağıdaki kısımlara UYMAYAN ADRES BİLGİLERİ yazılacaktır.)

|  |             |              |             |            |  |
|--|-------------|--------------|-------------|------------|--|
| Köy/Mahalle  |             | Cadde        |             | Sokak      |  |
| _____  |             | _____        |             | _____      |  |
| Apt. <input type="checkbox"/> Han <input type="checkbox"/> Çarşı <input type="checkbox"/> Pasaj <input type="checkbox"/> Bağımsız <input type="checkbox"/> vb.'nin | Bina no     | Daire no     | Kat         | Posta kodu |  |
| _____  | _____       | _____        | _____       | _____      |  |
| Adı  |             |              |             |            |  |
| _____  |             |              |             |            |  |
| Semt   | İlçe        | İl           | E-posta     |            |  |
| _____  | _____       | _____        | _____@_____ |            |  |
| Ev telefonu  | İş telefonu | Cep telefonu | Faks        |            |  |
| _____  | _____       | _____        | _____       |            |  |

## MAKSİMUM SAĞLIK SİGORTASI - BİREYSEL SORU FORMU (devam)

### LÜTFEN SAĞLIK BEYANINI DOLDURMADAN ÖNCE BU KUTUYU OKUYUNUZ.

Sayın başvuru sahibi,

- Sağlık beyanındaki soruları dikkatle okuyup, açık, eksiksiz ve doğru olarak cevaplayınız.
- Anadolu Anonim Türk Sigorta Şirketi'nin sunduğu sağlık sigortası hizmetinden yararlanabilmeniz için, sizin ve sigortalanmasını istediğiniz aile bireylerinizin sağlık durumları ile ilgili aşağıdaki soruları özenle cevaplamanız gerekmektedir.
- Sağlık beyanında yer alan rahatsızlıklarınız ile ilgili mümkün olduğunca detaylı bilgi veriniz.  
Eğer var ise, şikayetinizin kesin teşhisi ve teşhis tarihini,  
uygulanan tedavi ile kullandığınız ilaçların adlarını,  
hastanede yatarak tedavi ve ameliyat ile ilgili epikriz raporu ve/veya tedavinin yeri ve doktorunuzun adını belirtiniz.  
Taraflınızca bilinen rahatsızlıklarınız ile ilgili sağlık beyanında hiç bilgi vermemeniz veya eksik bilgi vermeniz, Sağlık Sigortası Genel Şartlarına ve poliçe özel şartlarına aykırı düşecektir.
- Cevaplarınız için ayrılan boşluklar yeterli gelmezse lütfen ayrı bir dosya kağıdı kullanınız ve bu forma ekleyiniz.

### 1. Sizde veya ailenizin sigortalanacak bireylerinden herhangi birinde kalıtsal hastalık doğuştan ya da sonradan varolan bir sakatlık veya vücut deformasyonu var mı? Evet Hayır

| Adı ve soyadı | Durum hakkında bilgi |
|---------------|----------------------|
|               |                      |
|               |                      |

### 2. Son iki yıl içinde siz veya sigortalanacak aile bireylerinden biri doktora muayene oldu mu? Evet Hayır

| Adı ve soyadı | Hastalık | Yapılan tetkik ve tedavi türü | Muayene tarihi ve sağlık kuruluşunun adı |
|---------------|----------|-------------------------------|--|
|               |          |                               |  |
|               |          |                               |  |

### 3. Aşağıda belirtilen rahatsızlıklara siz veya sigortalanacak aile bireylerinden herhangi biri maruz kaldı mı? Bu nedenle tetkik ve tedavi gördü mü? Evet Hayır

|                     |                          |                         |                          |                            |                          |                           |                          |
|---------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|
| Kalp ve damar hast. | <input type="checkbox"/> | Guatr                   | <input type="checkbox"/> | Reflü                      | <input type="checkbox"/> | Sinir hastalıkları        | <input type="checkbox"/> |
| Yüksek tansiyon     | <input type="checkbox"/> | Fıtık (kasık/boyun/bel) | <input type="checkbox"/> | Yumurtalık kisti           | <input type="checkbox"/> | İşitme kaybı              | <input type="checkbox"/> |
| Şeker               | <input type="checkbox"/> | Gastrit                 | <input type="checkbox"/> | Miyom                      | <input type="checkbox"/> | Kronik burun tıkanıklığı  | <input type="checkbox"/> |
| Kanser              | <input type="checkbox"/> | Ülser                   | <input type="checkbox"/> | Böbrek taşı                | <input type="checkbox"/> | Sinüzit                   | <input type="checkbox"/> |
| Romatizma           | <input type="checkbox"/> | Mide kanaması           | <input type="checkbox"/> | Kansızlık                  | <input type="checkbox"/> | Depresyon                 | <input type="checkbox"/> |
| Nefes darlığı       | <input type="checkbox"/> | Basur                   | <input type="checkbox"/> | Kronik baş ağrısı          | <input type="checkbox"/> | Alkolizm                  | <input type="checkbox"/> |
| Verem               | <input type="checkbox"/> | Safra kesesi taşı       | <input type="checkbox"/> | Kronik ishal ve kabızlık   | <input type="checkbox"/> | Karaciğer hastalığı       | <input type="checkbox"/> |
| Bronşit             | <input type="checkbox"/> | Meme hastalığı          | <input type="checkbox"/> | İdrar kaçırma              | <input type="checkbox"/> | Böbrek hastalığı          | <input type="checkbox"/> |
| Astım               | <input type="checkbox"/> | Kadın hastalığı         | <input type="checkbox"/> | Kronik bel ve boyun ağrısı | <input type="checkbox"/> | Geçirilmiş travma ve kaza | <input type="checkbox"/> |
|                     |                          |                         |                          |                            |                          | Kan hastalıkları          | <input type="checkbox"/> |

Diğer (Varsa lütfen belirtiniz.) \_\_\_\_\_

### Yukarıda belirttiğiniz rahatsızlıklara ilişkin bilgileri ayrıntılarıyla aşağıda açıklayınız.

| Adı ve Soyadı | Hastalık | Yapılan tetkik ve tedavi türü ve kullanılan ilaçlar | İlk teşhis tarihi ve sağlık kuruluşunun adı |
|---------------|----------|---|---|
|               |          |   |   |
|               |          |   |   |

### 4. Siz veya sigortalanacak aile bireylerinden herhangi biri ameliyat oldu mu veya ameliyatsız yatarak tedavi gördü mü? (Tedavi gördüyse lütfen hasta çıkış epikrizini ve/veya ameliyat raporunu ve tetkik sonuçlarını soru formuna ekleyip gönderiniz.)

Evet  Hayır

| Adı ve soyadı | Ameliyatın adı | Ameliyatsız yatarak tedavinin adı | Hastane ve doktor adı | Tarih           |
|---------------|----------------|-----------------------------------|-----------------------|-----------------|
|               |                |                                   |                       | ___ / ___ / ___ |
|               |                |                                   |                       | ___ / ___ / ___ |

### 5. Şimdiye kadar, teşhis konulmamış olsa da sizin veya sigortalanacak aile bireylerinden herhangi birinin sağlık şikayeti oldu mu ve/veya bu şikayet ile ilgili herhangi bir tetkik (Kan ve idrar tahlili, EKG, röntgen, MR, tomografi, ultrasonografi, sintigrafi, mamografi, biopsi, anjiyografi, gastroskopi, kolonoskopi, rektoskopi, bronkoskopi, sistoskopi, vb.) yapıldı mı? Fizik tedavi uygulandı mı veya ilaç kullanıldı mı? (Tetkik yapıldı ise, tetkik sonuçlarını soru formuyla birlikte gönderiniz.) Evet Hayır

| Adı ve soyadı | Hastalık/yakınma | Yapılan tetkik ve/veya kullanılan ilaçlar, uygulanan fizik tedavisi | Teşhis konulmuşsa hastalığın adı/teşhis yeri ve tanısı |
|---------------|------------------|---|--|
|               |                  |   |  |
|               |                  |   |  |

### 6. Birinci derece yakınlarınızdan şu anda kalp, şeker, hipertansiyon, kanser vb. rahatsızlıkları olanlar var mı? Vefat eden varsa vefat nedenini belirtiniz.

| Babalar | Anneler | Kardeşler |
|---------|---------|-----------|
|         |         |           |
|         |         |           |

## MAKSİMUM SAĞLIK SİGORTASI - BİREYSEL SORU FORMU (devam)

7. Siz ve/veya sigortalanacak aile bireylerinden herhangi biri alkol ve/veya sigara kullanıyor mu ve/veya daha önce kullandı mı?  Evet  Hayır

| Adı ve soyadı | Sigara    |        | Alkol     |        | Yıl önce bıraktım |
|---------------|-----------|--------|-----------|--------|-------------------|
|               | Paket/gün | Yıldır | Kadeh/gün | Yıldır |                   |
|               |           |        |           |        |                   |
|               |           |        |           |        |                   |

8. Şu anda siz ve/veya sigortalanacak aile bireyleri tamamen sağlıklılar mı?  Evet  Hayır

9. Sigorta kapsamına alınacak erkekler askerliklerini tamamladılar mı?  Evet  Hayır

| Adı ve soyadı | Tamamlamama nedeni |
|---------------|--------------------|
|               |                    |
|               |                    |

10. Sigorta kapsamına alınacak kadınlar arasında hamile olan var mı?  Evet  Hayır

| Adı ve soyadı | Kaç aylık? |
|---------------|------------|
|               |            |
|               |            |

11. Sigorta kapsamına alınacak kadınlar arasında doğum veya düşük yapan var mı?  Evet  Hayır

| Adı ve soyadı | Düşük sayısı | Normal doğum sayısı | Sezaryen sayısı |
|---------------|--------------|---------------------|-----------------|
|               |              |                     |                 |
|               |              |                     |                 |

12. Sizin ve/veya sigortalanacak aile bireylerinden herhangi birinin profesyonel veya amatör lisanslı olarak faaliyette bulunduğu spor dalı var mı?  Evet  Hayır

| Adı ve soyadı | Spor dalı |
|---------------|-----------|
|               |           |
|               |           |

13. Sizin ve/veya aile bireylerinin daha önce şirketimizden ya da herhangi bir sigorta şirketinden ferdi veya grup sağlık sigortası poliçesi oldu mu?  Evet  Hayır

| Adı ve soyadı | Sigorta şirketi | Dönemi (yıl olarak) |
|---------------|-----------------|---------------------|
|               |                 |                     |
|               |                 |                     |

Beyanınıza dayanılarak düzenlenecek poliçenizdeki teminatların kapsamı, ihbar ve tazminat esasları hakkındaki ayrıntılı bilgiler, poliçenizle birlikte size verilecek olan Genel Şart, Özel Şart ve Kızlarda yer almaktadır. Dilerseniz bu bilgileri poliçenizi düzenlettirmeden önce de acentenizden veya Anadolu Anonim Türk Sigorta Şirketi bölge müdürlüklerinden edinebilirsiniz.

Anadolu Anonim Türk Sigorta Şirketi'ni sağlık durumum ve özgeçmişim ile ilgili her türlü bilgi ve kayıt kopyalarını sağlık kuruluşlarından, doktorlardan ve üçüncü şahıslardan almaya yetkili kıldığımı beyan ve tasdik ederim.

Başvuru sahibi olarak ayrıca, poliçe teminatının, benim veya sigortalanacak aile bireylerinden herhangi birinin sigorta başlangıç tarihinden önce tedavi görmüş oldukları veya varlığından haberdar oldukları rahatsızlıklardan ileri gelecek tetkik ve tedavi giderlerini kapsamadığını biliyor ve kabul ediyorum.

Sigorta tazminatlarının, satın aldığım sağlık paketinin kapsam ve teminatları dahilinde ödeneceğini kabul ederim.

Bu formu doldurmamın Anadolu Anonim Türk Sigorta Şirketi tarafından sigortalandığımı (ız) anlamına gelmediğini, başvuru formunun kabul edilip, poliçenin düzenlenmesi ve prim tutarının ödenmesinden sonra sigorta teminatının yürürlüğe gireceğini kabul, beyan ve tasdik ederim.

Aşağıda imzası bulunan başvuru sahibi olarak gerek benim, gerekse sigortalanmalarını istediğim aile bireyleri hakkında bu soru formunda ve sağlık beyanında verdiğim bilgilerin tam ve doğru olduğunu taahhüt ederim. Bu soru formunda ve sağlık beyanında beyan olunan değerlerin/bilgilerin doğru, tam ve gerçeğe uygun olduğunu ve gerçeğe aykırı beyanda bulunduğum takdirde sigorta sözleşmesinde doğan tüm haklarımdan peşinen vazgeçtiğimi kabul ve beyan ederim.

Adı ve soyadı

Tarih

İmza

### Şirketimiz doktor değerlendirmesi

Adı ve soyadı

İmza

#### Acente

Tarih - Saat

İmza / Kaşe

#### Düzenleyen

Ad Soyad

Tarih

İmza / Kaşe

#### Kontrol Eden

Ad Soyad

Tarih

İmza / Kaşe