

Lütfen, Başvuru Formu üzerinde yer alan tüm alanları büyük harf kullanarak okunaklı bir şekilde doldurunuz.
Bu form, teklif niteliğinde değildir.

Aracı No	Seçilen Ürün / Poliçe No	Seçilen Plan
Teknik Personel Adı	Poliçe Başlangıç Tarihi	Poliçe Bitiş Tarihi

SİGORTA ETTİREN

Adı, Soyadı / Ünvanı	Vergi Dairesi No
Doğum Yeri/Tarihi/ Cinsiyet	GSM No ()
T.C. Kimlik/Pasp./ Yabancı Kimlik No	Telefon ()
Adresi	E-posta
Ev	Yazışma Tercihi
İş	Ev <input type="checkbox"/>
	İş <input type="checkbox"/>

SİGORTALI ADAYI

Adı, Soyadı	T.C. Kimlik/Pasp./ Yabancı Kimlik No
Doğum Tarihi	GSM No ()
Boy / Kilo	E-posta
Meslek	

PRİM BİLGİLERİ (Bu bölüm, Satış Kanalı tarafından doldurulacaktır.)

Tarife Primi (TL)	
Ek Prim (%)	
İndirim (%)	
Sigortalı Prim Tutarı	
Toplam Poliçe Prim Tutarı	

Önemli Not: Bu form bir teklif niteliğinde değildir. Yukarıda hesaplanmış prim, başvuru formu ile bilgileri verilmiş tüm sigortalı adaylarının sigortalanacağı varsayımı ile fikir verme amacıyla belli ana kriterler esas alınarak örnek olarak mevzuat gereğince hesaplanmış olup; nihai tutar sigortacı tarafından yapılacak değerlendirme tespit edilerek teklif edilecektir.

ÖDEME ŞEKLİ

Prim Ödeme Aracı	<input type="checkbox"/> Kredi Kartı	<input type="checkbox"/> Blokeli	<input type="checkbox"/> Blokesiz	<input type="checkbox"/> Banka Havalesi
------------------	--------------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------	---

KREDİ KARTI BİLGİLERİ (Sigorta Ettiren ile kredi kartı sahibi aynı kişi olmalıdır.)

Kredi Kartı Sahibi	Kart Türü	<input type="checkbox"/> Visa	<input type="checkbox"/> Master
Kredi Kartı No	CVV		
Banka Adı	Son Kullanma Tarihi		

* Blokeli çekimler sadece World ve Bonus özelliği olan kartlarda yapılabilmektedir.

PRİM ÖDEME PLANI

<input type="checkbox"/> 2 Eşit Taksit	<input type="checkbox"/> 6 Eşit Taksit	<input type="checkbox"/> Eşit Taksit	Taksit ödemeleri her ayın kaçında yapılacak? _____
<input type="checkbox"/> 4 Eşit Taksit	<input type="checkbox"/> 8 Eşit Taksit	<input type="checkbox"/> Peşin	

Sigorta Ettiren Unvan, Kaşe/Adı, Soyadı, İmza, Tarih	Satış Kanalı Unvan, Kaşe/Adı, Soyadı, İmza, Tarih

BANKA HESAP BİLGİLERİ (Anlaşmasız kuruma başvurulması halinde tedavi masraflarının ödenmesinin istendiği hesap)

Hesap Sahibi

IBAN No

SİGORTA ETTİREN BEYANI

1. Bu bilgiler doğrultusunda sigorta primlerinin ikinci bir talimata kadar, kredi kartımdan tahsil edilmesini, tahsil edilmemesi halinde, poliçe teslim olmuş olsa dahi Sigortacı'nın sorumluluğunun başlamayacağını biliyorum ve sözleşmenin kurulması sırasında ve Sigortacı'nın talep ettiği diğer durumlarda sigorta kapsamına alınacak bireylere ait bilgilerin tam ve doğru olduğunu taahhüt ediyorum.
2. Sigorta ettiren ile Sigortacı tarafından mutabık kalınan/ kararlaştırılan prim ödeme vadeleri kesin vade niteliğindedir. Sigorta Ettiren, kararlaştırılan prim taksitlerinin herhangi birini kararlaştırılan vade tarihinde ödemediği takdirde temerrüde düşer ve Türk Ticaret Kanunu'nun 1434. maddesi uygulanır. Sigortacı'nın, Sigorta Ettiren'in temerrüdü nedeniyle Türk Borçlar Kanunu'ndan doğan diğer hakları saklıdır.
3. Yukarıda hesaplanmış primin, Başvuru Formu ile bilgileri verilmiş tüm sigortalı adaylarının sigortalanacağı varsayımı ile seçilen ürüne paralel olarak hazırlanmış olduğunu, Başvuru Formu, Sağlık Beyan Formu, ekli belgeler, raporlar, şirket kayıtları ve diğer bilgilerin değerlendirilmesi sonucunda prim ve poliçe şartlarının değişebileceğini biliyor ve kabul ediyorum.
4. Başvuru Formu'nun ilgili kısımlarında bildirilen e-posta adreslerinin ve diğer iletişim bilgilerinin şahsıma ve Sigortalı adaylarına ait olduğunu ve Aksigorta A.Ş. tarafından sigorta sözleşmesi ön görüşmeleri ve sigorta sözleşmesi ile ilgili tüm bilgilendirme, bildirim ve poliçenin teslimi için bu iletişim bilgilerinin kullanılacağını ve Sigortacı tarafından SMS ve/ veya e-posta ile gerek tarafıma gerekse sigortalılara yapılacak tüm bilgilendirme, bildirim ve poliçenin tesliminin bu iletişim bilgileri kullanılarak yapılacağını peşinen kabul ettiğimi beyan ederim.
5. Poliçenin başlangıç tarihinden itibaren ilk 30 gün içerisinde yazılı olarak iptal talebinde bulunmak suretiyle, risk gerçekleşmemiş ve bu talep tarihine kadar yapılmış herhangi bir tazminat talebinin olmaması kaydıyla sigortadan cayabileceğim hususunda bilgilendirildiğimi kabul ve beyan ederim.
6. Bu Başvuru Formu, yapılan bilgilendirmeye istinaden seçilen ürün doğrultusunda tarafımda doldurulmuştur.

Sigorta Ettiren Unvan, Kaşe/Adı, Soyadı, İmza, Tarih

Satış Kanalı Unvan, Kaşe/Adı, Soyadı, İmza, Tarih

--/--/----

--/--/----

Lütfen, aşağıdaki soruları sigorta kapsamına alınacak bireylerin tamamı için yanıtlayınız.

Sözleşmenin kurulması sırasında veya Sigortacı'nın talep ettiği diğer durumlarda, sigorta kapsamına alınacak bireylerin sağlık durumları ile ilgili olarak, Sağlık Beyan Formu'nda yer alan sorulara tam ve doğru olarak cevap verilmelidir. Söz konusu beyanın gerçeğe aykırı veya eksik olması durumunda ve/veya beyan yükümlülüğünün yerine getirilmemesi halinde, Sağlık Sigortası Genel Şartları ve Poliçe Özel Şartları uyarınca, tespit edilen tarih itibarıyla Sigorta Sözleşmesi yeniden düzenlenecektir. Bu durumda, hastalığa ilişkin sebepsiz yere ödenen tazminatların iade edilmesi, Sigortacı tarafından sözleşme şartlarının yeniden belirlenmesi (muafiyet, ek prim, limit vb. uygulanabilecektir.) ve sigorta sözleşmesinin iptali söz konusu olabilecektir.

SAĞLIK BİLGİLERİ

"Aşağıda sorgulanan hastalık ya da durumlara vereceğiniz "Evet" yanıtları için, lütfen açıklamalar bölümüne sigortalı aday ve hastalık / durum numarasını yazarak; mevcut şikayetlerin ne olduğu, tetkik edilen ya da tedavi olunan rahatsızlık ile ilgili tıbbi tanı, tetkik / tedavi görülen doktor / hastane adı ve son durum ile ilgili detayları belirtiniz. "EVET" olarak işaretleyeceğiniz hastalık ve/veya durumla ilgili, elinizde bulunan doktor, ameliyat, epikriz raporları, test ve varsa patoloji sonuçlarının kopyalarını lütfen Beyan Formuna ekleyiniz."

"Evet" yanıtı verdiğiniz sorulara ilişkin detayları aşağıda açıklayınız.

1	Kalp /Damar Hastalıkları (Kalp yetmezliği, Tansiyon, Kolesterol, Kalp kapak hastalıkları vb.)	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H
2	Diabet (Şeker Hastalığı)	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H
3	Kanser	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H
4	Sinir Sistemi Hastalıkları	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H
5	Doktora Başvurulmamış olsa bile bilinen bir rahatsızlığınız / şikayetiniz / hastalığınız var mı?	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H

AÇIKLAMALAR

Sigortalı Aday No	Soru No	Şikayet, Hastalık Adı	Doktor, Hastane Adı
Ekli Belgeler			

DOĞUM TEMİNATI

Doğum Teminatı Doğum + Rutin Kontrol Teminatı

<input type="checkbox"/>  2.500 TL Limitli	<input type="checkbox"/>  Limitsiz	<input type="checkbox"/>  Limitsiz
	Acıbadem Sağlık Grubu Kurumları'nda (Acıbadem Maslak Hariç) limitsiz, diğer kurumlarda 5.000 TL ile limitlidir.	Acıbadem Sağlık Grubu Kurumları'nda limitsiz, diğer kurumlarda 5.000 TL ile limitlidir.
Sigortalı Aday No		

YENİ DOĞAN BEBEK TEMİNATI (Yeni Doğan Bebek Muayene + Hepatit B + Yeni Doğan Bebek Testleri)

<input type="checkbox"/> Paket 1 (Teminat primi, iki yıllık poliçe vadelerine bölünür.)	<input type="checkbox"/> Paket 2 (Teminat primi, bir yıllık poliçe vadelerine bölünür.)
Sigortalı Aday No	

Sigorta Ettiren Unvan,Kaşe/Adı, Soyadı, İmza, Tarih	Satış Kanalı Unvan, Kaşe/Adı, Soyadı, İmza, Tarih
__ / __ / ____	__ / __ / ____

SİGORTA ETTİREN BEYANI

1. Başvuru Formu ve Sağlık Beyan Formu ile bilgileri verilmiş olan tüm sigortalı adaylarının sigortalanma sürecine ilişkin teminat, ek şart (muafiyet, limit, ek prim, katılım, bekleme süresi ve benzeri) ve gerekçe gibi bilgilerinin tarafımla paylaşılmasına ve ayrıca her bir sigortalı adayının bilgilerinin elektronik ortam üzerinde birbirlerince görüntülenebilmesine dair muvafakatleri olduğunu ve buna ilişkin olarak her bir sigortalının kendisinden alınmış ekteki muvafakatnameyi de cayma süresi içinde Sigortacı'ya ibraz edeceğimi, aksi halde her türlü sonuçtan şahsen sorumlu olacağımı kabul ve beyan ederim.
2. Sigortacının risk değerlendirmesi yapabilmesini teminen, bu başvuru sonrasında kurulabilecek sağlık Sigorta Sözleşmesi'nin kapsamını (yeniden sözleşme yapılması, risk ve tazminat değerlendirmesi, tazminat ödemesi vb.) ilgilendiren bütün konularda ve tüm sigortalı adayları için, sigortalıyı tedavi eden kişi ve kurumlardan, Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi'nden, Sosyal Güvenlik Kurumu'ndan ve Sağlık Bakanlığı'ndan sigorta şirket(ler)i ve/veya reasürans şirket(ler)i ve bununla sınırlı olmamak üzere diğer ilgililer ile doğrudan doğruya ya da dolaylı olarak, her türlü bilgi ve belge alışverişi yapabilmesine, kişiye özel bilgilerin öğrenilebilmesine (yanlış sigorta uygulamaları dahil) ve/veya paylaşabilmesine, ayrıca Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi'nin bu şekilde Sigorta Sözleşmeleri görüşmeleri ve sözleşme süresi içerisinde her bir sigortalı adayı için toplayacağı her türlü bilgi ve belgenin paylaşılabilmesine, sigortalıların ve bağımlılarının bilgilerinin elektronik ortam üzerinde birbirlerince görüntülenebilmesine muvafakat ettiklerini ve buna ilişkin olarak her bir sigortalının kendisinden alınmış ekteki muvafakatnameyi de cayma süresi içinde Sigortacı'ya ibraz edeceğimi, aksi halde her türlü sonuçtan şahsen sorumlu olacağımı kabul ve beyan ederim.
3. Bu beyan sonucu oluşabilecek Sigorta Sözleşmesi'ne ait Poliçe Özel Şartları ve Sağlık Sigortası Genel Şartları'nı okuduğumu ve kabul ettiğimi beyan ederim.
4. Bu Beyan Formu ve ekli belgelerinde verdiğim bilgilerin tam ve doğru olduğunu taahhüt ederim.
5. Sigorta kapsamına alınacak bireylerin sağlık durumları ile ilgili olarak bu Beyan Formu'nda ve ekli belgelerde verilen bilgilerin tam ve doğru olduğunu kabul ve beyan ederim.

Sigorta Ettiren Unvan, Kaşe/Adı, Soyadı, İmza, Tarih

Satış Kanalı Unvan, Kaşe/Adı, Soyadı, İmza, Tarih

__/__/__

__/__/__

28800 sayılı ve 23.10.2013 tarihli Resmi Gazete' de yayımlanan "Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği" gereğince;

• Sigortacının risk ve tazminat değerlendirmesi yapabilmesini teminen; sağlık sigorta sözleşmesinin kapsamını (yeniden sözleşme yapılması, risk ve tazminat değerlendirmesi, tazminat ödemesi v.b.) ilgilendiren bütün konularda ve tüm sigortalı adayları için, sigortalıyı tedavi eden kişi ve kurumlardan, Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi'nden, Sosyal Güvenlik Kurumundan ve Sağlık Bakanlığı'ndan sigorta şirket(ler)i ve/veya reasürans şirket(ler)i ve bununla sınırlı olmamak üzere diğer ilgililer ile doğrudan doğruya ya da dolaylı olarak, her türlü bilgi ve belge alışverişi yapabilmesine, kişiye özel bilgilerin öğrenilebilmesine (yanlış sigorta uygulamaları dahil) ve/veya paylaşabilmesine, ayrıca Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi'nin bu şekilde Sigorta Sözleşmeleri görüşmeleri ve sözleşme süresi içerisinde şahsım için toplayacağı her türlü bilgi ve belgenin paylaşılmasına, şahsım ve bağımlılarımın bilgilerinin elektronik ortam üzerinde birbirlerince görüntülenebilmesine muvafakat ettiğimi, adıma beyanda bulunması için Sigorta Ettiren'i yetkilendirdiğimi ve tüm bu hususlarda bilgi ve belge temin edebilmesi bakımından Sigorta Şirketi'ne ve/veya ilgili Reasürör Şirketi'ne onay verdiğimi,

• Teklif/Başvuru Formu ve Sağlık Beyan Formu ile bilgileri olan tüm bilgilerin bilgim dahilinde verildiğini ve bilgim dahilindeki gerçeği tamamen yansıttığını şahsımın ve bağımlılarımın sigortalanma sürecine ilişkin teminat, ek şart (muafiyet, limit, ek prim, katılım, bekleme süresi ve benzeri) ve gerekçe gibi bilgilerinin Sigorta Ettiren ile paylaşılmasına ve tüm bu bilgilerin elektronik ortam üzerinde birbirlerince görüntülenebilmesine dair muvafakatim olduğunu kabul ve beyan ederim.

Sigortalı TC Kimlik No	:	Eş TC Kimlik No	:
Sigortalı Adı Soyadı	:	Sigortalı Adı Soyadı	:
Sigortalı İmzası	:	Sigortalı İmzası	:
Tarih	:	Tarih	:
Çocuk 18+ TC Kimlik No	:	Çocuk 18+ TC Kimlik No	:
Sigortalı Adı Soyadı	:	Sigortalı Adı Soyadı	:
Sigortalı İmzası	:	Sigortalı İmzası	:
Tarih	:	Tarih	:
Çocuk 18+ TC Kimlik No	:	Çocuk 18+ TC Kimlik No	:
Sigortalı Adı Soyadı	:	Sigortalı Adı Soyadı	:
Sigortalı İmzası	:	Sigortalı İmzası	:
Tarih	:	Tarih	:

Not:

İlgili Yönetmelik için : <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/10/20131023-1.htm>