



TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI BAŞVURU FORMU

Poliçe türünü seçiniz.

YENİ İŞ () İlk defa sigortalananacaklar için

GEÇİŞ () Diğer şirketten geçiş bilgilerinizi başvuru formuna ekleyiniz.

- Aile üyelerinin bazılarında yeni iş bazılarında geçiş işlemi yapılacak ise, aşağıdaki sigortalı bilgi alanında belirtiniz.
- İletişim bilgilerinizi doğru yazınız. 18 yaş üstü sigortalılar için KVKK onayı, bilgilendirme metni, diğer rızalar, poliçe ve ödeme işlemleri dijital olarak SMS ve/ veya e-posta yolu ile link gönderilecek olup, tüm işlemler bu link üzerinden sigortalı tarafından yapılacaktır.

SİGORTA ETTİREN/ SİGORTALI ÜYE

Sendika Adı :

Üye no :

Adı Soyadı :

Tc Kimlik No :

Doğum Tarihi :

Cep Tel :

Meslek :

Boy/ Kilo :

Adres :

İmza :

	EŞ	1. ÇOCUK	2. ÇOCUK	3. ÇOCUK
ADI SOYADI				
TC KİMLİK NO				
DOĞUM TARİHİ				
BOY / KİLO				
MESLEK				
CEP TEL				
E-POSTA				
YENİ İŞ Mİ? GEÇİŞ Mİ?				

SAĞLIK BEYANI

Var	Yok	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Her türlü kanser, iyi huylu veya kötü huylu kitleler
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kalp ve damar hastalıkları (venöz yetmezlik dahil, kalp kapak hastalıkları, hipertansiyon, vb.)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Metabolik ve endokrin sistem hastalıkları (Diabetes mellitus (şeker), cushing, obezite, tiroid vb.)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kronik karaciğer (örn.kronik hepatitler) ve akciğer hastalıkları (KOAH , sarkoidoz vb.)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Omurga ve vertebral kolon hastalıkları (bel fıtığı, boyun fıtığı, skolyoz vb.)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Romatizmal hastalıklar, sistemik bağ dokusu hastalıkları (romatoid artrit, ankolizan spondilit, sistemik lupus eritematosus (SLE), behçet, gut, psoriatik artrit vb.)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Beyin ve sinir sistemi hastalıkları (inme, serebral palsy, epilepsi, kitleler, demiyelinizan hastalıklar, multiple skleroz vb.)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doğumsal ve genetik hastalıklar (ailevi akdeniz ateşi (FMF), kistik fibrozis, akdeniz anemisi, kromozom anomalileri)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kan hastalıkları (hemofili, polisitemi, ITP, aplastik anemi vb.)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Organ nakiller, organ yetmezliği, tek böbreklilik, tam işitme ve görme kaybı
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kronik ilerleyici kas hastalıkları (myasteria, müsküler distrofileler vb.)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alzheimer ve parkinson
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yukarda sayılanların dışında tedavisi devam eden veya planlanan hastalığınız veya şikayetiniz var mı?

AD SOYAD	HASTALIK AÇIKLAMA

*BAŞVURU FOMUNUN AYRILMAZ BİR PARÇASI OLUP BEYAN YAPILMASI MECBURDİR.