

**İPTAL POLİÇELER İÇİN  
EK SAĞLIK BEYAN FORMU**

Adınız Soyadınız	:				Günlük Sigara
Police Numaranız	:				Tüketim M. : adet
Başvuru No	:				
Doğum Tarihi	:	...../...../.....			
Boyunuz	:	cm	Sigara Kullanma Süresi		Günlük/Haftalık Alkol
Kilonuz	:	kg	Alkol Kullanma Süresi		Tüketim M. : adet

Aşağıda belirtilen hastalıklardan birini yada birkaçını geçirdiyseniz, ilgili bölümlere hastalığınızın adını, hastalığı ne zaman geçirdiğinizi, uygulanan tedaviyi ve bu hastalık ile ilgili ameliyat geçirdiyseniz tarihini lütfen belirtiniz. Hastalık geçirmediyse (-) işareti ile belirtiniz.

HASTALIĞINIZIN ADI	TEDAVİ (İLAÇ / AMELİYAT)	TARİH	SONUÇ
Doğuştan Hastalık, Sakatlık, Hastalık Sonucu Organ Kaybı			
Kalp-Damar Hastalıkları, Hipertansiyon			
Astım, Tüberküloz (Verem) Diğer Solunum Sistemleri Hastalıkları			
Hepatit, Diğer Karaciğer Hastalıkları, Ülser, Mide Kanaması, Hemoroid,			
Böbrek Yetmezliği, Böbrek ve İdrar Yolu Enfeksiyonu, Böbrek Taşı ve Kum Dökme			
Kanser ve Kan Hastalıkları			
Epilepsi (Sara), Felç, Bel ve Boyun Fıtığı veya Diğer Nörolojik Hastalıklar			
Şeker Hastalığı, Guatr veya Diğer Endokrin Hastalıklar			
Kadın Hastalıkları			
Prostat ve Testis Hastalıkları			
Yukarıdakiler dışında herhangi bir hastalık, ameliyat, biopsi veya kaza geçirdiyseniz açıklayınız.			

Anne, Baba ve Kardeşlerde Aşağıda Belirtilen Hastalıklardan var mı ? Varsa Lütfen Belirtiniz.

Şeker, Kalp Hastalığı, Hipertansiyon, Kanser, Böbrek Hastalığı, Hemofili			
Epilepsi (Sara), Astım, Psikiyatrik Bozukluklar			

Şu anda tamamen sağlıklı olduğumu işbu sağlık beyan formunu doldurmamın şirketçe poliçemin yürürlüğe alındığı anlamına gelmediğini ve yukarıda verdiğim tüm cevapların doğru olduğunu beyan ve kabul ederim.

TARİH : İMZA :