

SAĞLIK BEYANI FORMU

İPTAL TENZİL

SİGORTALININ

Adı - Soyadı : Poliçe No : Başvuru No : T.C Kimlik No : Doğum Tarihi : / / Boyunuz (cm) : Sigara Kullanma Süresi : Günlük Sigara Tüketim Miktarı : Kilonuz (kg) : Alkol Kullanma Süresi : Günlük Alkol Tüketim Miktarı :

Aşağıda belirtilen hastalıklardan birini ya da birkaçını geçirdiyseniz, ilgili bölümlere hastalığınızın adını, hastalığı ne zaman geçirdiğinizi, uygulanan tedaviyi ve bu hastalık ile ilgili ameliyat geçirdiyseniz tarihini lütfen belirtiniz. Hastalık geçirmediyseniz (-) 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, Hemoroit				
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, biyopsi veya kaza geçirdiyseniz açıklayınız.				

SAĞLIK BEYANI FORMU

Anne, baba ve kardeşlerde aşağıda belirtilen hastalıklardan var mı? Varsa lütfen belirtiniz.

	HASTALIĞINIZIN ADI	TEDAVİ (İLAÇ/AMELİYAT)	TARİH	SONUÇ
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.

Tarih: / /

İMZA

GENEL MÜDÜRLÜK

Muallim Naci Cad. No:22 Ortaköy 34347 Beşiktaş İstanbul
Müşteri Hizmetleri: 444 9 237