

- ✓ Çalışan ve aile bireyleri için doldurulan bu formda eksik veya hatalı bilgi bulunması halinde Yapı Kredi Sigorta A.Ş. / Yapı Kredi Emeklilik A.Ş. Türk Ticaret Kanunu, Sağlık Sigortası Genel Şartları ve Hayat Sigortası Genel Şartları uyarınca tazminatı ödememe ve / veya sigortadan vazgeçme hakkına sahiptir.
- ✓ **Yapı Kredi Sigorta A.Ş. / Yapı Kredi Emeklilik A.Ş. sigortalı tarafından bu formda belirtilen tüm hususlar hakkında ve tedaviler ile ilgili olarak doktor, sağlık kurumları ve diğer ilgililerden bilgi ve belge alma konusunda yetkili kılınmıştır.**
- ✓ Bu formda eksik bilgi bulunması veya ilave tetkik istenmesi durumunda, talep edilenler sigortalı adayına veya kurum yetkilisine yazılı olarak bildirilir. İstenen belgelerin Yapı Kredi Sigorta A.Ş. / Yapı Kredi Emeklilik A.Ş.'ne ulaşip değerlendirilmesinden sonra sigortalı adayları poliçeye dahil edilebilir.
- ✓ **Çalışan ve sigorta kapsamına dahil edilecek aile bireyleri için tek form doldurulması ve formun sadece çalışan tarafından imzalanması yeterli olacaktır.**

**FİRMA  
YETKİLİSİ  
TARAFINDAN  
DOLDURULACAKTIR**

Çalışanın, Yapı Kredi Sigorta /  
Yapı Kredi Emeklilik, tarafından  
sigorta kapsamına  
alınması istenen tarih:  
...../...../.....

Çalıştığı Şirketin Adı		Ev Telefonu	
Görevi / Ünvanı		İş Telefonu	
İşe Giriş Tarihi		Cep Telefonu	
Medeni Hali		e-Posta	

Sağlık Giderlerinin Havale Edileceği:

Banka Adı		Şube Adı/Kodu		IBAN	T	R													
-----------	--	---------------	--	------	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

	Çalışan	Eş	1.Çocuk	2.Çocuk	3.Çocuk	4.Çocuk
Adı						
Soyadı						
Baba Adı						
Uyruğu						
T.C. Kimlik No *						
Vergi Kimlik No **						
Vergi Dairesi **						
Cinsiyeti						
Boy ve Kilosu						
Doğum Tarihi						
Hastaneden Çıkış Tarihi ***						
Mesleği						

\* Bu alanın T.C. vatandaşı olan kişiler tarafından doldurulması zorunludur

\*\* Bu alanların yabancı uyruklu kişiler tarafından doldurulması zorunludur.

\*\*\* Bu alanın 0-1 yaş arası yeni doğan çocuklar için doldurulması zorunludur.

- 1- Sizin ve/veya bu poliçe kapsamına alınacak aile bireylerinin;  
- Şu an yürürlükte olan başka bir hayat veya sağlık sigortası var mı? Evet  Hayır   
- Daha önce bitmiş olan veya red/iptal edilen hayat veya sağlık sigortası var mı? Evet  Hayır

Sigortanın Adı.....Şirketin Adı.....Başvuru / Poliçe No .....

Sigortanın Başlangıç Tarihi       Sigortanın Bitiş Tarihi

Sigorta Kapsamındaki Aile Bireylerinin İsimleri .....

İptal / Ret Nedeni .....

Sigorta Kapsamına Alınmayan (muaf tutulan) Rahatsızlık Varsa Kapsamı.....

- 2- Sigortalı adayı veya sigorta kapsamına alınacak eş sigara / alkol kullanıyor mu? Daha önce kullandı mı?  
(Puro, Pipo, Nargile vb. gibi diğer tütün mamullerinin kullanılması durumunda açıklama satırına yazılmalıdır.) Evet  Hayır

Sigortalı adayı : Sigara .....adet/gün .....yıldır .....yıl önce bırakıldı Alkol .....kadeh/hafta.....yıldır .....yıl önce bırakıldı

Eş : Sigara .....adet/gün .....yıldır .....yıl önce bırakıldı Alkol .....kadeh/hafta.....yıldır .....yıl önce bırakıldı

Açıklama : .....

- 3- Sigortalı adayı veya sigorta kapsamına alınacak eş: Şu anda hamile mi? Evet  Hayır

4 - Sigorta kapsamına alınacak bireylerin herhangi birinin laboratuvar değerlerinde (kan, idrar, vb.) veya muayene bulgularında herhangi bir risk tespit edildi mi? Kontrol altında olsa dahi, takipte olduğu herhangi bir sağlık sorunu (hipertansiyon, kolesterol, prolaktin hormonu veya şeker yüksekliği vb.) var mı? (Yanıtınız evet ise bireyin adını, rahatsızlığını, tetkik sonucu yüksek çıkan ölçümünü belirtiniz. Varsa ilgili tetkik ve raporları ekleyiniz.) Evet  Hayır

5 - Sigorta kapsamına alınacak bireylerin geçirdiği bir rahatsızlık veya ameliyatı var mı? Şu anda herhangi bir rahatsızlık (kontrol altında olsa dahi) ya da ameliyat gerektiren bir durumu var mı? (Yanıtınız evet ise; bireyin adını, rahatsızlığını, tarihini, sağlık kurumunu, tedavi şeklini, ilaç ismini ve kullanım miktarını belirtiniz.) Evet  Hayır

6 - Sigorta kapsamına alınacak bireyler aşağıdaki hastalıkları geçirdiyse veya bunlarla ilgili rahatsızlığı devam ediyorsa yanındaki kutuyu işaretleyip, bireyin adını, teşhisi ve tedaviyi belirterek tedavi sürelerini, tedavi eden doktor ve hastane adlarını, son durumuyla ilgili bilgiyi yazınız. Yapıldı ise ameliyat raporunu, patoloji raporunu ve son kontrol raporlarının kopyasını lütfen bu forma ekleyiniz. Kutucukların boş bırakılması sigorta kapsamına alınacak bireylerde, aşağıda belirtilen rahatsızlıkların bulunmadığı anlamına gelmektedir.

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hipertansiyon  | <input type="checkbox"/> Meme Hastalıkları   |
| <input type="checkbox"/> Kalp ve Damar Hastalıkları (Koroner Hastalık, vb.)                           | <input type="checkbox"/> Estetik-Rekonstrüktif Ameliyatları  |
| <input type="checkbox"/> Alerji, Astım, Tüberküloz (Verem)  | <input type="checkbox"/> Kulak, Burun, Boğaz Hastalıkları  |
| <input type="checkbox"/> Diğer Akciğer Hastalıkları   | <input type="checkbox"/> Göz Hastalıkları, 6 Derece ve Üstü Kırılma Kusurları                      |
| <input type="checkbox"/> Diyabet (Şeker Hastalığı)  | <input type="checkbox"/> Romatizmal Hastalıklar  |
| <input type="checkbox"/> Tiroid (Guatr)   | <input type="checkbox"/> Kas, Bağ ve Kemik Hastalıkları  |
| <input type="checkbox"/> Hormon Hastalıkları  | <input type="checkbox"/> Bel, Boyun, Sırt Fıtıkları ve Diğer Omurga Hastalıkları                   |
| <input type="checkbox"/> Karaciğer Hastalıkları (Siroz, Hepatit-Sarılık vb.)                          | <input type="checkbox"/> Beyin ve Beyin Damar Hastalıkları   |
| <input type="checkbox"/> Pankreas ve Dalak Hastalıkları   | <input type="checkbox"/> Diğer Sinir Sistemi Hastalıkları (Felç-İnme, Sara-Epilepsi, MS, vb.)      |
| <input type="checkbox"/> Karın, Göbek, Kasık, Mide Fıtıkları  | <input type="checkbox"/> Tümör-Ur (İyi Huylu/Selim), Nodül, Kist                                   |
| <input type="checkbox"/> Mide Ülseri, Reflü ve Diğer Mide Hastalıkları                                | <input type="checkbox"/> Her Türü Kanser   |
| <input type="checkbox"/> Kolit (Crohn, Ülseratif), Divertikül ve Diğer Barsak Hastalıkları            | <input type="checkbox"/> Kan Hastalıkları  |
| <input type="checkbox"/> Böbrek ve İdrar Yolu Hastalıkları (Taş, Nefrit-İltihap, Tek Böbreklilik vb.) | <input type="checkbox"/> AIDS, HIV Türevi Virüsler ve Buna Bağlı Hastalıklar                       |
| <input type="checkbox"/> Prostat, Diğer Erkek Üreme Organ Hastalıkları                                | <input type="checkbox"/> Asabi/Ruhi Hastalıklar (Depresyon, Panik Atak, vb.)                       |
| <input type="checkbox"/> Kadın Hastalıkları (Rahim, Yumurtalık ve Diğer Kadın Hastalıkları)           | <input type="checkbox"/> Diğer Hastalıklar (Varis, Kıl Dönmesi, Basur(Hemoroid), Anal Fissür, vb.) |

Bireyin Adı	Hastalığın Adı	Tedavi	Tarih	Doktor/Hastane	Son Durum

7 - Yukarıda belirtilen durumlar dışında, sigorta kapsamına alınacak bireylerin doktora başvurusuna neden olsun olmasın, herhangi bir sağlık sorunu var mı? (Varsa bireyin adını ve rahatsızlığını belirtiniz) Evet  Hayır

Sigorta şartlarını kabul ederek, yukarıda eksiksiz olarak doldurduğum bu Başvuru Formu nedeniyle; Yapı Kredi Sigorta A.Ş. / Yapı Kredi Emeklilik A.Ş.'nin herhangi bir taahhüt altına girmediyimi, Yapı Kredi Sigorta A.Ş. / Yapı Kredi Emeklilik A.Ş.'nin bilmesi gereken herhangi bir hususu gizlemediğimi, yanlış ve eksik beyanda bulunmadığımı, sağlık durumu ile ilgili sorulara verilen tüm cevapların doğru olduğunu ve gerçek sağlık durumumu yansıttığımı, bu formun imzalandığı tarihte mevcut veya daha önce geçirilen rahatsızlıkların poliçe kapsamına alınmayacağını kabul ettiğimi, aksi takdirde ortaya çıkabilecek anlaşmazlıklarda Yapı Kredi Sigorta A.Ş. / Yapı Kredi Emeklilik A.Ş.'nin herhangi bir sorumluluk altına girmediyimi, belirttiğim tüm hususlar hakkında ve tedavilerle ilgili rizikonun veya tazminatın kapsamının belirlenmesi amacıyla sağlık durumu ile ilgili gerekli gördüğüm her türlü bilgi ve tıbbi belgeyi ilgili doktor, sağlık kurumları ve diğer ilgililerden almak konusunda Yapı Kredi Sigorta A.Ş./ Yapı Kredi Emeklilik A.Ş.'yi yetkili kıldığımı beyan ve tasdik ederim.

ÇALIŞANIN		TARİH
Ad Soyad	İmza	
		<input type="text"/>

LÜTFEN HER İKİ SAYFANIN EKSİKSİZ DOLDURULDUĞUNDAN, İMZA VE TARİHİN BULUNDUĞUNDAN EMİN OLUNUZ.