

\*Lütfen başvuru formu üzerinde yer alan tüm alanların büyük harfle ve okunaklı olarak doldurulduğundan emin olunuz. Başvuru formu üzerinde değişiklik veya düzeltmeler yapılmak zorunda kalındığında yapılan işlemin yanına sigorta ettirenin imzasını alınız.

**SATIŞ KANALI  
BİLGİLERİ**

Aracı Ünvanı : .....  
Aracı Levha No : .....  
Teknik Personel Ad Soyad / No : .....  
Satış Tem. Ad Soyad / No : .....

**POLİÇE BİLGİLERİ**

Polİçe Başlangıç Tarihi : ..... / ..... / .....      Polİçe Bitiř Tarihi : ..... / ..... / .....

**SİGORTA ETTİREN**

Gerçek Kişi :       Tüzel Kişi :   
Ad Soyad / Ünvan : .....  
Vergi Dairesi / Vergi No : ..... / .....  
Cinsiyet : Kadın       Erkek   
Meslek : .....  
Doğ. Tarihi (Gün/Ay/Yıl) : ..... / ..... / .....  
\*TC Kimlik No / VKN : .....  
\*Gerçek kişilerde TCKN zorunludur.  
Uyruk : .....

**Yazışma Adresi / İletişim Bilgileri**

İř Tel. : 0 (      ) .....      Ev Tel. : 0 (      ) .....  
GSM : 0 (      ) .....      E Posta : .....@.....  
İl : .....      İlçe : .....  
Adres : .....  
.....  
.....

Sigortalı Adayı	Kendisi	Eşi	1. Çocuğu	2. Çocuğu
Adı				
Soyadı				
Kimlik No				
Uyruk	<input type="checkbox"/> T.C. <input type="checkbox"/> Diğer....	<input type="checkbox"/> T.C. <input type="checkbox"/> Diğer....	<input type="checkbox"/> T.C. <input type="checkbox"/> Diğer....	<input type="checkbox"/> T.C. <input type="checkbox"/> Diğer....
Doğum Tarihi	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....
Cinsiyet	<input type="checkbox"/> Kadın <input type="checkbox"/> Erkek	<input type="checkbox"/> Kadın <input type="checkbox"/> Erkek	<input type="checkbox"/> Kadın <input type="checkbox"/> Erkek	<input type="checkbox"/> Kadın <input type="checkbox"/> Erkek
Boy (cm)				
Kilo (kg)				
Meslek				

**TEMİNAT DETAYI**

Seçilen Plan/ Network				
Risk Analizi (Bu bölüm Demir Sağlık ve Hayat tarafından doldurulmalıdır.)				

**İletişim Bilgileri**

Adres:				
İl / İlçe				
Cep Telefonu	0(.....) .....	0(.....) .....	0(.....) .....	0(.....) .....
Sabit Telefonu	0(.....) .....	0(.....) .....	0(.....) .....	0(.....) .....
E-posta				

Her bir Sigortalı için iletişim bilgileri farklı olmalıdır. (18 yaş altı çocuklar hariç)

**HESAP  
BİLGİLERİ**

\*Tazminat ödemeleri için kullanılacak banka hesap bilgisi Sigortalıya ait olmalıdır.

Ad, Soyad: ..... IBAN: .....

**POLİÇE PRİMİ VE  
ÖDEME ŞEKLİ**

Toplam Poliçe Primi (TL) (B.S.M.V. Dahil) : .....

Prim Ödeme Başlangıç Tarihi : ..... / ..... / .....

Kart Sahibi Ad Soyad : .....

Kart No : .....

Son Kullanma Tarihi : ..... / ..... / ..... CVV : .....

Peşin / KK

**Sigorta Ettiren Beyan**

Şirketinizden yukarıda belirttiğim bilgiler ile SEYAHAT SAĞLIK SİGORTASI yaptırmak istiyorum. Belirttiğim kredi kartımdan poliçe priminin peşin olarak ödenmesi için şirketinize yetki verdiğimi tarafınıza beyan ediyorum.

\*Demir Sağlık ve Hayat Sigorta A.Ş. tarafından bu başvuru formu ile belirlenen ve yenilenmesi halinde yenilenen poliçelerin peşinatının, izleyen ayların ödeme planına uygun olarak vadesinde ödenmesi gereken primlerin, yukarıda belirttiğim kredi kartı hesabımdan (yeni bir talimatla durdurulmasını belirtmediğim sürece ) tahsil edilmesi konusunda şirketinize yetki veriyor kartımın kapanması, son kullanım tarihi ve kart numaramın değişmesi halinde, değişikliği en kısa zamanda tarafınıza bildireceğimi, bildirimde bulunmamamdan dolayı oluşacak temerrüt hükümlerini kabul ettiğimi beyan ediyorum.

\*Yukarıda hesaplanmış primlerin aile bireylerinin aynı poliçe kapsamında sigortalandığı varsayımı ile hazırlandığını, başvuru formu, beyan formu, ekli belgeler, raporlar sağlık kuruluşları veya eski sigorta şirketinden gelen bilgilerin değerlendirilmesi sonucunda prim ve poliçe şartlarının değişebileceğini biliyorum.

\*Sigorta kapsamına girecek veya giren kişiler, ilgili belgeleri imzalamakla risk değerlendirmesi yapılabilmesi ve tazminat başvurularının sonuçlandırılabilmesi amacıyla sağlık bilgilerinin, sigortalılık kayıtlarının ve diğer bilgilerin Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezinden ( SBGM), Sosyal Güvenlik Kurumundan, Sağlık Bakanlığından, sağlık kurum ve kuruluşlarından ve sigorta şirketlerinden edinilmesine ve şirket nezdindeki bahse konu bilgi ve kayıtların SBGM, sigorta şirketleri ve ilgili mevzuatta yetkilendirilen merciler ile paylaşılmasına rıza göstermiş sayılır.

**Başvuru formu, bilgilendirme formu, Seyahat Sağlık Sigortası genel ve özel şartlarının her bir maddesini okuyarak başvuru formunu imzalamış olduğumu beyan ederim. Bu başvuru ve bilgilendirme formunun bir nüshası tarafıma teslim edilmiştir.**

\*Sigorta ettiren tüzel kişi ise kaşe gereklidir.

**Sigorta Ettiren/Sigortalı**

Ad, Soyad / Kaşe  
İmza

**Satış Kanalı İsmi / Yetkili Kaşe / İmza**