

## SÜRE DEĞİŞİKLİĞİ TALEP FORMU

Demir Sağlık ve Hayat Sigortası A.Ş. Genel Müdürlüğüne;

Sayın İlgili;

..... numaralı poliçemin süresinin ..... yıl uzatılmasını ve aşağıda yer alan değişiklik taleplerimin gerçekleştirilmesini rica ederim.

Prim ödemelerime devam etmeyeceğimi, poliçemin tenzil durumunda devam etmesini rica ederim. (Var ise, Vefat teminatı ve tüm ek teminatlar dondurulur.)\*

Prim ödemelerime devam edeceğimi beyan ederim.\*

(Bu seçeneğin işaretlenmesi halinde ekteki sağlık bildirim formunun da doldurulup, imzalanarak tarafımıza gönderilmesini rica ederiz. Risk-analiz değerlendirmesi sonucuna göre talebiniz değerlendirilecektir.)

T.C. Kimlik No : .....

Yıllık Prim Miktarı : .....

Ödeme Şekli :  Yıllık  3 Aylık  6 Aylık  Aylık

Adres : .....

Telefon : .....

E-mail : .....

Sigorta Ettiren  
Ad/Soyad  
İmza

## KİŞİSEL SAĞLIK BİLGİSİ FORMU

Başvuru Sahibinin

Adı Soyadı \_\_\_\_\_

Doğum Tarihi(gün/ay/yıl) \_\_\_\_\_

Daimi Adresi \_\_\_\_\_

Mesleği(Varsa yarım günlük işler de yazılacak)

Öncek Mesleği(Varsa ve değiştirme sebebi)

T.C. Kimlik No: \_\_\_\_\_

Boy/Kilo

## Kişisel Beyanlar

## 1. Aile Geçmiş

	Hayatta İse yaşı	Şu anki sağlık durumu	Vefat etti ise;vefat yaşı	Vefat sebebi
Baba				
Anne				
Kardeşler				

## 2. Aşağıdaki rahatsızlıklardan birini veya birkaçını geçirdiniz mi ya da halen tedavisi süren var mı? (Cevabınız evet ise lütfen noktalı yerlere detayını açıklayınız.)

a.Sinir Sistemi hastalıkları  
(Özellikle havale, felç, bayılma ve bunama vb.)

Evet/Hayır \_\_\_\_\_

b.Soluqum Sistemi hastalıklar  
(Özellikle tüberküloz, bronşit, astım, nefes darlığı, zatürce, zatürre vb.)

Evet/Hayır \_\_\_\_\_

c.Dolaşım Sistemi hastalıklar  
(Özellikle göğüs ağrıları, yüksek veya düşük tansiyon, kalp krizi, tromboflebit vb.)

Evet/Hayır \_\_\_\_\_

d.Sindirim Sistemi hastalıklar  
(Özellikle gastrit, duodenum ülseri, sarılık, karaciğer ve safra kesesi düzensizliği, vb.)

Evet/Hayır \_\_\_\_\_

e.Bevliye ile ilgili hastalıklar

Evet/Hayır \_\_\_\_\_

f.Ağız, göz, kulak, burun, boğaz hastalıkları

Evet/Hayır \_\_\_\_\_

g.Eklem, deri ve kemik hastalıklar

Evet/Hayır \_\_\_\_\_

h.Metobozima bazlı hastalıklar  
(Özellikle tiroid hastalıkları, gut, şeker hastalığı, şişmanlık)

Evet/Hayır \_\_\_\_\_

i.Limfatik bezlerde düzensizlikler, bezelerde nedensiz şişlikler

Evet/Hayır \_\_\_\_\_

j.Hepalüt B, seksüel yolla bulaşan hastalıklar

Evet/Hayır \_\_\_\_\_

k.Nedensiz, tekrarlanan veya devamlı ateş

Evet/Hayır \_\_\_\_\_

l.Gece terlemeleri

Evet/Hayır \_\_\_\_\_

m.Anemi, kanser tümör, kalp romatizması, akut veya kronik enfeksiyon, eklem şişleri ve ağrıları

Evet/Hayır \_\_\_\_\_

n.Kaza ve onun sonuçları

Evet/Hayır \_\_\_\_\_

o.Yukarıda belirtilmeyen başka hastalıklar, deformasyonlar

Evet/Hayır \_\_\_\_\_

p.Bayanlar için  
Hamile misiniz?(Evet ise kaç aylık)  
Herhangi bir jinekolojik rahatsızlığınız oldu mu?

Evet/Hayır \_\_\_\_\_

Hastalık	Ne kadar sıklıkta ve en son ne zaman	Muayene eden doktorun ismi ve adresi

3. Şu anda ilaç kullanıyor musunuz?  
Şu anda veya daha önce

Evet/Hayır \_\_\_\_\_

a)kokain, morfin veya diğer narkotik tabletler kullandınız mı?

Evet/Hayır \_\_\_\_\_

b)sert içkiler(cin,viski,brandy vb.)kullandınız mı?

Evet/Hayır \_\_\_\_\_

c)sigara kullandınız mı? Ne sıklıkta?

Evet/Hayır \_\_\_\_\_

Hasta olduğunuz zaman ilaç kullanma alışkanlığınız varmı?  
Evet ise, ne zaman ve ne kadar süre?

Evet/Hayır \_\_\_\_\_

4.Son beş yılda röntgen veya EKG çekildi mi?

Evet/Hayır \_\_\_\_\_

X-ışınları,radyum veya radyoaktif ışınlarla tedavi gördünüz mü?

Evet/Hayır \_\_\_\_\_

5.Yapılması gerek fakat gerçekleştirilmemiş ameliyatınız varmı?  
Varsa, yapılmama sebebi nedir?

Evet/Hayır \_\_\_\_\_

6.Maluliyet teminatı aldınız mı veya alıyormusunuz?  
Evet ise sebebi ve derecesi

Evet/Hayır \_\_\_\_\_

7.Sağlık durumunuzu iyi olarak değerlendiriyor musunuz?

Evet/Hayır \_\_\_\_\_

8.Son üç yılda kilo aldınız veya verdiniz mi?  
Cevabınız evet ise kaç kilo olduğunu ve nedenini belirtiniz?

Evet/Hayır \_\_\_\_\_

9.Son beş yılda bir hekime başvurduunuz veya tedavi gördünüz mü?  
Son beş yıl içinde hastanede,"klinikte veya sanatoryumda  
tedavi gördünüz mü?  
Evet ise, ne zaman; neden ve ne kadar süre?

Evet/Hayır \_\_\_\_\_

10.AIDS testi yaptırdınız mı veya yaptırmamız istendi mi?

Evet/Hayır \_\_\_\_\_

11.Kan verici olarak reddedildiğiniz oldu mu?

Evet/Hayır \_\_\_\_\_

12.Kan pıhtılaşması hakkında ilaç kullandınız mı?  
Bağışıklık sağlayan ilaçlar kullandınız mı?  
Evet ise detaylı bilgi ve kullandığınız tarihler

Evet/Hayır \_\_\_\_\_

13.Devamlı gittiğiniz doktorunuz var mı?  
(Cevabınız evet ise isim ve adres belirtiniz.)

\_\_\_\_\_

En son hangi doktora ve niçin danıştınız veya tedavi oldunuz.  
(İsim ve adres belirtiniz.)

\_\_\_\_\_

Yukarıdaki soruların şahsım tarafında cevaplandırıldığını,cevapların tam ve doğru olduğunu, tam ve doğru kaleme alındığını, sağlık ve alışkanlıklarım ile ilgili hiçbir bilginin ve gerçeğin saklanmadığını, değiştirilmediğini beyan ederim. Gerektiği takdirde poliçemin çıkması için sağlığım ile ilgili bilgileri öğrenme, doktor ve sağlık kuruluşlarına kendimle ilgili bilgi danışma hakkını poliçemi çıkaracak yetkililere devrediyorum.

Tarih

Başvuru Sahibinin İmzası