

...../...../.....

YÜRÜRLÜK TALEP FORMU

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

Sayın İlgili;

..... nolu poliçemin yürürlüğe alınarak birikmiş borcunun aşağıda bilgilerini sunmuş olduğum kredi kartımdan tahsil edilmesini rica ediyorum.

Sigortalının güncel sağlık durumuma dayalı olarak, Demir Sağlık ve Hayat Sigorta A.Ş.'nin yeniden bir risk analizi yapabileceğini ve yürürlük talebimizin bu çerçevede sonuçlandırılacağını kabul eder, gereğini arz ederim.

Banka Adı :
Kredi kartı Numarası :
Son Kullanım Tarihi :
CVV :

Sigortalı Adı soyadı :
Tarih :
TC kimlik numarası :
İmza :

NOT; Sigortalının güncel sağlık beyanını; üç aydan fazla tenzil ve / veya iptal konumunda kalmış poliçelerin yürürlük taleplerinde ek belge olarak sunulmalıdır.

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 Geçmişi

	Hayatta ise 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.Solunum Sistemi hastalıklar
(Özellikle tüberküloz,bronşit,astım,nefes darlığı,
zatürcep,zatürre vb.)

Evet/Hayır _____

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

Evet/Hayır _____

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

Evet/Hayır _____

e.Bevliye ile ilgili hastalıklar

Evet/Hayır _____

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

Evet/Hayır _____

g.Eklemler,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.Hepatit 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,eklemler 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 var mı?
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 var mı?
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 yaptırmanız 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