

GRUP SAĞLIK SİGORTASI ÖN BİLGİ FORMU

Grup ve Firma Adı :

Grup Kodu :

Görevi :

ÖBF No :

Formu büyük harfle ve okunaklı olarak doldurunuz. Kimlik bilgilerinizin nüfus cüzdanı bilgileriyle aynı olacak şekilde doldurulması gerekmektedir. Sigortalanacak aile bireyleriniz beş kişiden fazlaysa lütfen ikinci bir form doldurunuz.

Sigortalanacak aile bireylerinin	Kendisi	Eşi	1. Çocuk	2. Çocuk	3. Çocuk
Adı					
Soyadı					
T.C. Kimlik No.					
Vergi Dairesi					
Vergi Numarası					
Doğum Tarihi/...../...../...../...../...../...../...../...../...../.....
Doğum Yeri					
Cinsiyeti	E <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>
Baba Adı					
Medeni Hali	E <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>
Boy/Kilo (1 yaş altı için doğumdaki boy/kilo da eklenecek)cm/.....kgcm/.....kgcm/.....kgcm/.....kgcm/.....kg
Sigara kullanıyor musunuz? Günlük Kullanım Adedi/ Kullanım Süresi	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>/.....	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>/.....	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>/.....	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>/.....	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>/.....
Alkol kullanıyor musunuz? Kullanım Sıklığı/Miktarı/ Kullanım Süresi	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>/...../.....	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>/...../.....	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>/...../.....	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>/...../.....	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>/...../.....
Erkekler için: Askerliğinizi yaptınız mı? Hayır işe, boşluğa nedenini yazınız.	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
Kadınlar için: Hamile misiniz?	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>

İletişim Bilgileri: (Lütfen aşağıdaki kutulardan ev adresi bilginize ilişkin olanların tamamını doldurunuz.)

İl		İlçe		Mahalle	
Semt		Cadde		Sokak	
Site Adı		Apt. Adı		Blok/Apt. No.	
Kapı No.		Daire No.		Posta Kodu	
Ev Tel.	(0.....).....	İş Tel.	(0.....).....	Cep Tel.	(0.....).....
E-Posta					

Banka Adı		Şubesi		Hesap No.	
Ortak hesapsa hesap sahiplerinin adları:					
IBAN No.	T R <input type="text"/>				

Sosyal Güvenlik Kurumu

Sosyal Güvenlik Numarası

Şu an SSK, Emekli Sandığı veya Bağkur kapsamında sigortalı mısınız?

E H Evet ise;

Şimdiye kadar şirketimizde veya başka bir sigorta şirketinde özel sağlık ve/veya hayat sigortanız olduysa; şirket ismi ve dönemini belirterek yazınız.	
Şirketimizde veya başka bir sigorta şirketinde özel sağlık ve/veya hayat sigortası için kabul edilmeyen başvurunuz oldu mu? Nedenini belirtiniz.	

Lütfen Dikkat:

Arka sayfadaki "Sağlık Durumu Bilgileri" bölümü siz ve sigortalanacak aile fertleriniz için geçerlidir. Evet veya hayır seçeneklerinden birini işaretleyiniz. Seçeneklerden hiçbirini işaretlenmemiş ise cevabınız hayır olarak kabul edilecektir. Bu başvuru sırasında ve/veya öncesinde size ve/veya bu poliçe kapsamında sigortalanacak aile bireylerinize konulan teşhisleri, uygulanan tedavileri, geçirilmiş ameliyatlara ve tanı konulmamış, tedavi uygulanmamış ve/veya doktora/sağlık kurumuna başvurulmamış olsa dahi belirtileri görülen hastalık, rahatsızlık veya şikayetlerinizi "Sağlık Durumu Bilgileri" bölümünde belirtiniz. "Açıklamalar" bölümüne detaylı bilgilerinizi yazınız ve ilgili raporlarla formu doldurduğunuz tarihe kadar saptanmış normal dışı tüm tetkik sonuçlarınızı ve sonuçları normal bile olsa bilgisayarlı tomografi (BT), magnetik rezonans (MR), mamografi, ultrasonografi (USG, Doppler USG), sintigrafi, endoskopi (gastroskopi, kolonoskopi vb.), biyopsi, anjiyografi, ekokardiografi(EKO), eforlu EKG(stres test, treadmill) raporlarını form ekinde gönderiniz.

Sağlık Durumu Bilgileri

Aşağıdaki sorulardan herhangi biri için evet işaretlenmişse "Açıklamalar" bölümüne detay yazmayı unutmayınız.	Kendisi		Eşi		1. Çocuk		2. Çocuk		3. Çocuk	
	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H
1 Astım, tüberküloz, pnömoni (zatürre), inatçı öksürük, kan tükürme veya başka solunum sistemi hastalıkları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Hipertansiyon, romatizmal ateş, koroner damar hastalığı, kalp krizi, ritm bozuklukları, kalp veya kalp damarlarıyla ilgili hastalıklar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Anemi, kan hastalıkları, kan dolaşımı ve damarlar ile ilgili hastalıklar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Epilepsi, sara, migren, paraliz, felç, multipl skleroz, menenjit, depresyon, nöroz, psikoz gibi nörolojik ve psikiyatrik hastalıklar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Diabet (şeker hastalığı), tiroid bezi bozukluğu (guatr), gut veya diğer metabolik ve endokrin hastalıklar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Bel, sırt, boyun fitiği, kas erimesi, romatizma, artrit, poliomyelit (çocuk felci), spina bifida, kırıklar veya omurga, kemik, eklem, tendon, bağ ve kasların diğer hastalıkları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Katarakt, glokom, görme veya işitme azlığı/kayıbı, otit, nefes almada güçlük, uyku apne sendromu veya diğer göz, kulak, burun, boğaz hastalıkları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Mide/duodenal ülser, gastrit, kronik veya tekrarlayan ishal, ülseratif kolit, crohn hastalığı, hemoroid, anal fissür, kolit, veya sindirim sisteminin (yemek borusu, mide, bağırsaklar, safra kesesi, anüs) diğer hastalıkları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Hepatit (sarılık), hepatit taşıyıcılığı veya karaciğer, dalak safra kesesi taşı ve pankreasın diğer hastalıkları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Böbrek ve idrar yolu taşları, üriner sistem enfeksiyonu, prostat büyümesi, varikozel veya ürogenital sistemin diğer hastalıklarıyla sifiliz, HIV enfeksiyonu veya AIDS gibi cinsel yolla bulaşan hastalıklar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 İyi ya da kötü huylu tümörler, kist, kanser, yağ bezi gibi kitleler (cevabınız evetse yerini, kitle çıkarılmışsa iyi veya kötü huylu oluşunu belirtiniz ve patoloji raporunu ekleyiniz.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Endometriozis, over kisti, myom, düzensiz adet görme, kısırlık tedavisi veya başka jinekolojik hastalıklar ya da bozukluklar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Psöriazis (sedef hastalığı), egzama veya diğer deri, saç, saçlı deri hastalıkları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Doktora başvurulmamış veya tedavi önerilmemiş olsa bile ailesel, doğumsal yada yukarıda sayılmamış kronik (sürekliliği olan) hastalıklar, sakatlıklar ve vücut deformasyonları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 Yukarıda sayılanlar dışında herhangi bir nedenle doktor yada sağlık kurumuna başvurulmuş, hastane yatışları, geçirilmiş ameliyatlar, kozmetik, estetik operasyonlar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 Herhangi bir tanınmış tetkik yaptırmanız veya hastaneye yatmanızı yada ameliyat olmanızı önerildi mi? Tamamlanmamış bir tedaviniz yada sonucunu beklediğiniz tetkikleriniz var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Açıklamalar (Lütfen, belirttiğiniz rahatsızlıklar ile ilgili rapor ve / veya tetkik sonuçlarını bu ön bilgi formuna ekleyiniz.)

Ad / Soyad	Tanı ve Tedavi ile ilgili detaylı bilgi	Başlangıç Tarihi	Bitiş Tarihi	Şu andaki durumu

BEYAN/TAAHHÜTNAME

Ben, aşağıda imzası bulunan başvuru sahibi olarak, aşağıdaki hususları kabul, beyan ve taahhüt ederim.

- 1- Gerek kendim ve gerekse bu formda belirtilen sigortalanmasını istediğim aile bireylerim ("yakınları") hakkında yukarıda verdiğim bilgilerin eksiksiz ve doğru olduğunu, duruma göre Allianz Sigorta A.Ş. ("Allianz")'in bilmesi gereken herhangi bir hususu gizlemediğimi kabul, beyan ve taahhüt ederim.
- 2- Allianz, bu ön bilgi formundaki ("form") beyanıma dayanarak işlem yapacağını ve formun kabulünü, Allianz için hiçbir bağlayıcı kabul ve taahhüt anlamını taşımayacağını kabul ve beyan ederim. Formun doldurulduğu tarih ("beyan tarihi") ile Allianz'ın değerlendirme süreci ve kabulü söz konusuysa sigorta sözleşmesi veya poliçenin düzenlenmesi tarihi arasında geçen sürede oluşacak riskler ve/veya rahatsızlıklar için, Allianz'ın tekrar değerlendirme ve poliçede değişiklik yapmak veya tümünden reddetmek hakkının saklı olduğunu kabul ve beyan ederim.
- 3- Allianz, bu ön bilgi formundaki ("Form") beyanıma dayanarak daha önce sigortalısı olduğum sigorta şirketlerinden gelecek bilgi ve belgeleri beklemezsizin işlem yapabilir. Formun Allianz tarafından teslim alınması, Allianz için sigorta sözleşmesi yapmak anlamında bir kabul veya taahhüt değildir. Formun doldurulduğu tarih ("beyan tarihi") ile Allianz'ın değerlendirme sürecinde ve kabulü söz konusuysa sigorta sözleşmesi veya poliçenin düzenlenmesi tarihi arasında geçen sürede oluşan veya daha önce sigortalısı olduğum sigorta şirketlerinden poliçenin düzenlenmesinden sonra elde edilen bilgi ve belgelerden tespit edilen riskler ve /veya rahatsızlıklar nedeniyle, Allianz'ın tek tarafı olarak sigorta sözleşmesinde veya poliçede değişiklik yapmak veya poliçeden tümünden caymak hakkının saklı olduğunu kabul ve beyan ederim.
- 4- Allianz beyan tarihidenden itibaren başlayarak ve Allianz tarafından kabul edildiği takdirde, düzenlenecek poliçe süresince, gerek formdaki kendim ve yakınlarım hakkındaki beyanlarım ve gerekse herhangi bir zamandaki kendim ve/veya yakınlarıma ilişkin taleplerim hakkında, bu beyan ve talebimin detaylarının belirlenmesi ve/veya doğruluğunun tespiti için, dilediği doktor; hastane, laboratuvar dahil ve bunlarla sınırlı olmamak üzere tüm sağlık kurum ve kuruluşları ve diğer sigorta şirketleri nezdinde inceleme yaparak, gerek kendim ve gerekse yakınlarıma ait hasta bilgi ve belgelerini dilediğinde temin edebilir. Bu madde çerçevesinde Allianz'a verdiğim bu yetkinin kullanılmasına engel olmak üzere, sonradan hiçbir sağlık kurum ve kuruluşu veya doktor veya sigorta şirketleri nezdinde girişimde bulunmayacağımı; Allianz tarafından bilgi ve/veya belgelerin kullanılmasının poliçeden doğan sigorta ilişkisi ile sınırlı olarak ve doğrudan şahsıma ve/veya gerektiğinde, adli makamlar önünde ibraz edilmesi ile sınırlı olması kayıt ve şartı ile gerek Allianz, gerekse bilgi ve/veya belgeyi temin eden doktor, sağlık kurumum ve kuruluşunu veya sigorta şirketlerine karşı, sağlık mevzuatı dahil ilgili yasal düzenlemeler çerçevesinde hukuki ve cezai yönden hiçbir girişimde bulunmayacağımı; hiçbir hak ve talebimin bulunmadığını hususlarını gayrikabili rücu olarak beyan, kabul ve taahhüt ederim.

Adı / Soyadı
Beyan Sahibinin (Personel)

Beyan Tarihi

İmzası
(Beyan Sahibinin)

Allianz Sigorta A.Ş.

Bağlarbaşı, Kısıklı Cad. No: 13
Altunizade 34662 İstanbul

Tel (0216) 556 66 66
Faks (0216) 556 67 77

Allianz Çözüm Hattı 444 45 46
www.allianz.com.tr