

BİREYSEL SAĞLIK SİGORTASI BAŞVURU FORMU

Acente/Broker No ve Unvan		Police Başlangıç Tarihi __/__/____	Yeni İş <input type="checkbox"/>
Son Police No		Police Bitiş Tarihi __/__/____	Yenileme <input type="checkbox"/>

Lütfen bu başvuru formunu siyah ya da mavi mürekkepli kalem kullanarak BÜYÜK HARFLERLE doldurunuz. Yapılan değişiklik veya silintilerde sigorta ettirenin parafını alınız. ACİL DURUMLARDA kullanılmak üzere özellikle ADRES ve TELEFON bilgilerinin doldurulması ZORUNLUDUR.

SİGORTA ETTİREN

Adı, Soyadı/Ünvanı		Uyruk	
Doğum Yeri/Tarihi		T.C. Kimlik /Pasp	
Adres (Resmi Yazışma Adresi)	<input type="checkbox"/> Ev <input type="checkbox"/> İş	Vergi No	
		GSM NO	
		Telefon No	
Posta Kodu		E-Posta	

SİGORTALI ADAYI

	Kendisi	Eşi	Çocuk	Çocuk	Çocuk
Adı					
Soyadı					
Cinsiyet	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"/> E <input type="checkbox"/>
T.C. Kimlik No					
Doğum Tarihi	__/__/____	__/__/____	__/__/____	__/__/____	__/__/____
Medeni Durum					
Boy / Kilo	_____ cm/_____ kg	_____ cm/_____ kg	_____ cm/_____ kg	_____ cm/_____ kg	_____ cm/_____ kg
Meslek					
Yaşadığı Ülke					

ACENTE/MÜŞTERİ TEMSİLCİSİ TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR

Tarife Primi (TL)				
Ek Prim (%)				
Tazminatsızlık İndirim (%)				
Sigortalı Prim Tutarı				
Toplam Police Prim Tutarı				

TAZMİNAT ÖDEMELERİ İÇİN BANKA HESAP BİLGİLERİ (Sigortalı / Sigorta Ettiren'e ait olması zorunludur.)

HESAP SAHİBİ	IBAN NO
	TR _____

KREDİ KARTI BİLGİLERİ

Kredi Kartı Sahibi		Kart Türü	<input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> Master
Kredi Kartı No	_____/_____/_____/____	CVV	____
Banka Adı		Son Kullanım Tarihi	__/__/__

ÖDEME ŞEKLİ

Prim Ödeme Aracı	Kredi Kartı <input type="checkbox"/>	Banka Havalesi <input type="checkbox"/>
------------------	--------------------------------------	---

PRİM ÖDEME PLANI

<input type="checkbox"/> Peşin	<input type="checkbox"/> %25 Peşin 5 Taksit	<input type="checkbox"/> %20 Peşin 7 Taksit	<input type="checkbox"/> 6 Taksit	<input type="checkbox"/> 7 Taksit
--------------------------------	---	---	-----------------------------------	-----------------------------------

SİGORTA ETTİREN BEYANI

1. Sigorta ettiren olarak yazılı talimat ile aksini bildirmedığım takdirde, bu ve bundan sonraki poliçelerin yenilemesi ve hesaplanacak primlerinin aynı ödeme koşullarıyla, yukarıdaki kredi kartımdan tahsil edilmesi için Güneş Sigorta A.Ş.'yi yetkili kılıyorum.
2. Yukarıda vermiş olduğum tüm bilgilerin tam ve doğru olduğunu ve bu bilgiler doğrultusunda sigorta primlerimin ikinci bir talimata kadar kredi kartımdan tahsil edilmesini, tahsil edilememesi halinde, poliçemin Türk Ticaret Kanunu ve Sağlık Sigortası Genel Şartları gereği feshedileceğini kabul ederim.

DİĞER SİGORTA ŞİRKETİ BİLGİLERİ

Başka bir şirket veya GÜNEŞ SİGORTA A.Ş.'de önce ya da halen yürürlükte hayat veya sağlık sigortanız var mı?
Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Yanıtınız 'Evet' ise sigorta şirketi bilgileri ve poliçe no;

Tarih __/__/20__	Sigorta Ettirenin Adı, Soyadı	İmza
---------------------	-------------------------------	------

SAĞLIK DURUMUNUZ

Tüm Evet yanıtlarınız için, lütfen yanıtlar bölümüne soru ve sigortalı aday numarasını belirterek, tetkik/görülen rahatsızlık ile ilgili tanı,yıl ve tetkik/edavi görülen doktor/hastane ve son durumunuzla ilgili açıklama yapınız. Evet olarak yanıtladığınız sorularla ilgili elinizde bulunan doktor, ameliyat, epikriz raporlarını, test, patoloji sonuçlarının kopyasını lütfen başvuru formuna ekleyiniz.

Bugüne kadar tanı konulmamış olsa dahi aşağıdaki hastalıklardan ya da semptomlardan herhangi biri ile ilgili olarak tetkik/edavi/ameliyat/ameliyatsız tedavi gördünüz mü? Bunlarla ilgili olarak tetkik ya da girişim yapıldı mı? Ya da bunlarla ilgili vücudunuzda herhangi bir belirti/bozukluk/ ağrı hissettiniz mi? Hissediyor musunuz?

1. Hipertansiyon / Hiperlipidemi	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>	20. Lenf Bezi ve Lenfatik Sistem Hastalıkları	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
2.Kalp Krizi/Kalp ve Damar Hastalıkları	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>	21.Sırt/Bel/Boyun/Diz/Omuz/Omurga Rahatsızlığı	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
3.Romatizmal Kalp/ Kalp Kapak Hastalıkları	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>	22.Kırma Kusuru,Glokom,Diğer Göz Hastalıkları	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
4.Varis ve Periferik Damar Hastalıkları	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>	23.Anemi/Talasemi/Kan ve Kemik İliği Hastalıkları	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
5.Diabetes Mellitus (Şeker) Hastalığı	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>	24.Cilt Hast./Alerjik Hast./Sedef/Gut/Behçet Hastalıkları	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
6.Tiroit Bezi ve Paratiroit Bezi Hastalıkları	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>	25.Rahim/Yumurtalık/Diğer Jinekolojik Hastalıklar	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
7.Hipofiz Bezi ve Diğer Hormonal Rahatsızlıklar	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>	26.Meme Hastalığı/Hemoroid/Anal Fissür/Fistül	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
8.Kanser,Fıtık,Tümör,Guatr,Lipom,Nodül,Polip	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>	27.Felç/Sara/Migren/Parkinson/Multiple Skleroz	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
9.Doğumsal, Kalıtsal Hastalıklar veya Deformite	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>	28.Sinir Sistemi ve Psikiyatrik Rahatsızlıklar	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
10.Organ Yetmezliği(Böbrek/Kalp/Karaciğer/Kemik İliği)	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>	29.İşitme Azlığı ve Kaybı/Vertigo/KBB Hastalıkları	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
11.Böbrek Hastalıkları/Taş Düşürme/Nefrit	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>	30.Bademcik/Sinüzit/Geniz Eti/Uyku Apnesi	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
12.Prostat/Mesane/Üriner Sistem Hastalıkları	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>	31.Yara ve Yanık İzi(Scar) var mı?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
13.Astım/Verem/KOAH/Pnömotoraks	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>	32.Kilo Kontrol Bozukluğu var mı?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
14.Diğer Akciğer/Solunum Yolu Hastalıkları	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>	33. Ameliyat/Biopsi/Hastane Yatışı Oldu mu?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
15.Ülser/Gastrit/Reflü/Mide Fıtığı	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>	34.Herhangi bir nedenle Tetkik Yaptırdınız mı?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
16.Yemek Borusu/Bağırsak/Sindirim Sistemleri Hastalıkları	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>	35.Sürekli bir ilaç kullanıyor musunuz?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
17.Hepatit/AIDS/Diğer Enfeksiyon Hastalıkları	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>	36.Hamile misiniz?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
18.Karaciğer/Pankreas/Dalak/Safra Kesesi	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>	37.Askerlik Yaptınız mı ?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
19.Eklemler/Kas/Bağ Dokusu/Kemik Hastalıkları	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>			

ALIŞKANLIKLAR

	Kendisi	Eşi	Çocuk	Çocuk	Çocuk
Alkol kullanan aile bireyleri var mı?	(.....Kadeh/Hafta.....yıldır)	(.....Kadeh/Hafta.....yıldır)	(.....Kadeh/Hafta.....yıldır)	(.....Kadeh/Hafta.....yıldır)	(.....Kadeh/Hafta.....yıldır)
Sigara içen aile bireyleri var mı?	(.....Adet/gün.....yıldır)	(.....Adet/gün.....yıldır)	(.....Adet/gün.....yıldır)	(.....Adet/gün.....yıldır)	(.....Adet/gün.....yıldır)

YANITLAR

Yanıtlarınızla ilgili ayrıntıları lütfen aşağıda belirtiniz.

TETKİK,TEDAVİ YILI,TEDAVİ ŞEKLİ,TEDAVİ EDEN DOKTOR,HASTANE ADINI,SON DURUMUNUZU AYRINTILI OLARAK YAZINIZ.

Soru No	Sigortalı Ad/ Soyad	Hastalık Adı/ Uygulanan Tedavi Süresi ve Yılı	Doktor ve Hastane İsmi	Son Durum (Tamamen Düzeldi, Devam Ediyor, Ameliyat, İlaç, İleri Tetkik Önerildi) ve Tedavi ile İlgili Açıklama

SAĞLIK BEYANI BİLDİRİM VE YETKİLENDİRME

1.Bu başvuru formu ve ekli belgelerinde kendim ve bu formda belirtilen sigortalanmasını istediğim aile bireylerim hakkında verdiğim bilgilerin tam ve doğru olduğunu, Güneş Sigorta A.Ş.'nin bilmesi gereken herhangi bir hususu gizlemediğimi ve bu formdaki sorulardan EVET veya HAYIR olarak işaret koymadığım soruların bulunması durumunda bu sorunun cevabının HAYIR olarak anlaşılması gerektiğini kabul, beyan ve taahhüt ederim.

2. Güneş Sigorta A.Ş.'yi, sağlık sigortamın kapsamını ilgilendiren bütün konular için doktor, tüm sağlık kurumlarından ve diğer sigorta şirketlerinden bilgi alma, Sağlık Sigortalı Bilgi ve Gözetim Merkezine (SAGMER) bilgi verme konusunda yetkili kıldığımı beyan ederim.

3.Poliçenin düzenlenmesi halinde poliçe özel ve genel şartlarını okuyarak itirazım varsa tazminat talebinde bulunmadan önce ve her halükarda poliçenin başlangıç tarihinden en geç 30 gün içinde bu itirazı Güneş Sigorta A.Ş.'ye yapmadığım takdirde poliçenin tüm Özel ve Genel Şartlarını kabul ettiğimi beyan ederim.

4. Bu başvuru formunun ayrılmaz bir parçası olan Bilgilendirme ve Aydınlanma Formunu okudum, anladım, kabul ediyorum.

5.Güneş Sigorta A.Ş. tarafından yapılacak her türlü bilgilendirmenin SMS/e-posta ile gönderilmesini kabul ediyorum.

6.Bu başvuru formunun Güneş Sigorta tarafından teslim alınmasının, Güneş Sigorta A.Ş. için sigorta sözleşmesi yapmak anlamında bir kabul veya taahhüt olmadığını, başvuru formunu/teklifnameyi doldurduğum tarih itibarıyla en geç 5 gün içerisinde Güneş Sigorta A.Ş.'ye teslim edilmesi gerektiğini, bu sürenin aşılması durumunda başvurumun reddedileceğini biliyor ve kabul ediyorum.

7.Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından ödenmesi gereken her türlü sağlık harcamasına ait ücretleri Güneş Sigorta A.Ş.'ye gayri kabili rücu, devir ve temlik ettiğimi kabul ve beyan ederim.

8.Güneş Sigorta A.Ş.'nin bu başvuru formunu poliçeleştirmeden önce, kendim ve bu başvuru formunda yer alan kişilerin sağlık durumu ile ilgili, masrafları başvuru sahibi tarafından karşılanmak üzere ek bilgi ve tetkik isteyebileceğini kabul ediyorum.

ŞİRKET KULLANIMI İÇİN/ ŞİRKET RİSK DEĞERLENDİRME KARARI

Tarih ___/___/20__	Sigortalı/Sigorta Ettirenin Adı, Soyadı	İmza
-----------------------	---	------

SAĞLIK SİGORTASI BİLGİLENDİRME ve AYDINLANMA FORMU

Bu form T.C. Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı tarafından öngörülen örnek forma dayanarak hazırlanmış olup, genel bilgilendirmeyi içermektedir.

Bu nedenle satın aldığımız ürüne ilişkin Özel ve Genel Şartları lütfen dikkatlice okuyunuz.

En az iki nüsha olarak düzenlenen bu form, sigorta ettirene ve sigortadan menfaat sağlayacak diğer kişilere, gerek yapılacak sigorta sözleşmesinin müzakeresi sırasında gerekse sigortanın devamı sırasındaki hakları, yükümlülükleri, sözleşmenin konusu, işleyişi ve önemli nitelikteki bazı değişiklik ve gelişmeler konusunda genel bilgi vermek amacıyla 28/10/2007 tarihinde yayımlanan Sigorta Sözleşmelerinde Bilgilendirmeye İlişkin Yönetmeliğe istinaden hazırlanmıştır.

A- SİGORTACIYA İLİŞKİN BİLGİLER

1.Sözleşmeye aracılık eden sigorta acentesinin;

Ticaret Ünvanı :

Adresi :

Tel&Faks no. :

2.Teminatı veren sigortacının;

Ticaret Ünvanı : GÜNEŞ SİGORTA A.Ş.

Adresi : Büyükdere Cad. No: 110 Esentepe ŞİŞLİ/İSTANBUL

Tel&Faks no : (212) 355 6565 - (212) 355 6464

B- UYARILAR

1.Sigorta hakkında daha detaylı bilgi almak için, talep halinde sigortacı tarafından verilecek Sağlık Sigortaları Genel Şartlarını, Poliçe Özel Şartları ve Anlaşmalı Sağlık Kurumları Listesini dikkatlice inceleyiniz.

2.Sigorta Sözleşmesi için sigorta ettiren/sigortalı aday tarafından doldurulan başvuru formunun eksiksiz ve doğru cevaplandırılarak ıslak imzalı olması gerekmektedir. Gerek sigorta ettirenin gerekse sigortalı adayının kendisince bilinen ve sigortacının bilmesi gereken hususları sigortacıya bildirmek yükümlüdür. Bu yükümlülüğün ihlali halinde sigortacı sözleşmeden cayabilir ya da istisna, limit, ek prim almak suretiyle sözleşmeyi yürürlükte tutabilir. Bu nedenle sigorta şirketine sözleşmenin her aşamasında Sağlık Sigortası Genel Şartları 6. Maddesi gereği eksik veya yanlış bilgi verilmemelidir.

3.Türk Ticaret Kanunu Madde 1431 gereği; poliçe primi ödenmediği sürece sigortacının sorumluluğu başlamaz. Türk Ticaret Kanunu madde 1434 gereği; poliçe peşinatının ödenmemesi halinde sigortacı sigorta sözleşmesini feshedecektir. Taksitlerden birinin vadesinde ödenmemesi halinde ise sigorta ettiren; sigortacı tarafından yapılan bildirim tarihi itibarıyla en geç 10 gün içinde prim borcunu ödemekle yükümlüdür. Aksi takdirde poliçe feshedilecektir ve poliçe iptal tarihinden sonra talep edilen tazminatlar karşılanmayacaktır.

4.Sözleşmenin yapılmasından sonra, sigorta şirketinin izni olmadan, rizikoya etki edebilecek hususlarda meydana getirilen değişikliklerin sekiz gün içinde Sağlık Sigortası Genel Şartları 8. Maddesi gereği sigorta şirketine bildirilmesi gerekir.

5.Sigorta, poliçede başlama ve sona erme tarihleri olarak yazılan günlerde, aksi kararlaştırılmadıkça Türkiye saati ile öğleyin saat 12.00'de başlar ve öğleyin saat 12.00'de ve her halükarda rizikonun gerçekleşmesiyle sona erer.

C- GENEL BİLGİLER

1.Sigortalı/Sigortalıların poliçede/zevilnamede, belirtilen başlangıç ve bitiş tarihleri içerisinde meydana gelebilecek bir hastalık ve/veya kaza sonucu teşhis ve tedavileri için yapılacak masraflarını, poliçe/zevilnameye ekli sertifikalarda belirtilen teminat, limit, iştirak oranları ve uygulamalar dahilinde, TTK, Genel hükümler, Sağlık Sigortası Genel Şartları ve Özel Şart hükümlerine göre teminat altına alır.

2. Standart poliçe primi; yaş, cinsiyet, alınan teminatlar, teminat limitleri, teminat ödeme yüzdesi, coğrafi sınır, tercih edilen sağlık kurumları, sağlık enflasyonu ve şirketin sağlık portföyünün Tazminat/Prim oranına göre belirlenir. Yenileme dönemlerinde biten poliçenin Tazminat/Prim oranına göre ilgili ürünün özel şartlarında belirtilen tazminatsızlık indirimi veya kullanım ek primi uygulanır. Ömür Boyu Yenileme Garantisine hak kazanmamış sigortalılar için yenileme dönemlerinde risk değerlendirmesi yapılarak hastalık ek primi, muafiyet, ve/veya limit uygulanabilir.

3. Sigortacı sigortalının sağlık riskini değerlendirebilmek için tıbbi incelemeler isteyebilir. Sağlık durumu ve/veya Risk Kabul yönetmeliği doğrultusunda şirketin başvuruyu reddetme veya şartlı kabul etme hakkı saklıdır.

4. Sigorta şirketi, sigorta süresi öncesi ve sonrasında sigortalıyı tedavi eden tüm doktorlar, sağlık kuruluşları ve üçüncü şahıslardan sigortalının sağlık özgeçmişini hakkında bilgi ve kayıt kopyalarını isteme hakkına sahiptir. Sigortalı iyi niyet kuralları çerçevesinde, bunu yerine getirmeyi kabul etmezse, sigortacı tazminatı ödeme veya anlaşmayı iptal etme yoluna gidebilir.

5.Tarafların, sigorta genel şartlarına ek olarak, kanuna, ahlaka aykırı bulunmamak ve sigortalı aleyhine olmamak üzere özel şart kararlaştırılabilme hakkı vardır.

6.Sistemimizde mevcut olan kimlik, adres telefon vb. bilgilerinizin değişikliğinde size daha rahat ulaşabilmemiz için lütfen

D- İSTİSNALAR

Teminat dışında olan haller için Sağlık Sigortası Genel Şartları ile Sağlık Sigortası Poliçe Özel Şartlarında yer alan istisnalara bakınız.

E- TAZMİNAT ÖDEMELERİNİN YAPILMASI

1.Hak sahipleri, poliçeden doğan haklarını talep edebilmek için, ilgili belgeleri sigortacıya vermekle yükümlüdür. Tazminat ödemelerinde istenen evraklar, poliçede alınan teminatlara göre oluşacak tazminat taleplerinde farklılık göstermektedir. Anlaşmalı/Anlaşmasız sağlık kurumlarında gerçekleşen tazminat başvurunuz için gereken bilgi ve belgelerin poliçe dosyanızda bulunduğundan emin olunuz.

2.Anlaşmalı Sağlık Kurumları listesine www.gunessigorta.com.tr adresinden veya (0212) 444 1957 no'lu telefondan ulaşabilirsiniz.

3.Tazminat ödemeleri alınan ürünün Özel şartları, Sağlık Sigortası Genel Şartları ve poliçede belirtilen teminat limitleri dahilinde değerlendirilir.

4.Rizikonun gerçekleşmesi halinde, tazminat ödeme yükümlülüğü sigorta şirketine aittir.

F- DİĞER BİLGİLER

Sigortacı Tahkim Sistemine üyedir.

Sigorta Tahkim Komisyonu, sigorta ettiren veya sigorta sözleşmesinden menfaat sağlayan kişiler ve Sigorta Tahkim Sistemine üye sigorta kuruluşları arasında, sigorta sözleşmesinden doğan uyuşmazlıkların çözümü için, 5684 sayılı Kanununun 30. maddesi çerçevesinde oluşturulmuştur.

G- ŞİKAYET VE BİLGİ TALEPLERİ

1.Sigortaya ilişkin her türlü bilgi talepleri ve şikayetler için aşağıda yazılı adres ve telefonlara başvuruda bulunulabilir.

2. Sigortalı, sigorta ile ilgili her türlü bilgilendirme ve iletişimin poliçe düzenlenirken beyan ettiği iletişim bilgileri üzerinden (SMS gönderimi dahil) yapılmasını kabul etmiştir.

3.Poliçenizin veya ret mektubunuzun başvuru tarihinden itibaren 30 gün içinde tarafınıza ulaşmaması durumunda 0212 444 1957 telefon numarasından Müsteri Hizmetleri departmanımıza ulaşabilirsiniz.

Bu Başvuru ve Bilgilendirme Formu'nda belirtilen sigorta şartlarını kabul ederek doldurduğumu beyan ederim.

Tarih	Sigortalı/Sigorta Ettirenin Adı, Soyadı	İmza
__ / __ / 20 __		