

טורקית

Police No.

MEDICAL INSURANCE POLİÇESİ İÇİN SAĞLIK BEYANI

Sigortalının detayları

Passport No.

Soyadı

İlk adı

Cinsiyeti

K / E

Doğum tarihi

Genel sorular	H	E
1. Halen hasta mısınız veya son beş yılda herhangi bir hastalık geçirdiniz mi veya bildiğiniz herhangi bir sağlık probleminiz veya ameliyat ihtiyacınız var mı? Hangi hastalık ve ne zaman?		
2. Halen herhangi bir tedavi görüyor musunuz veya geçmişte gördünüz mü? Hangi ilaçlar?		
3. Herhangi bir zamanda bir hastaneye veya başka sağlık kurumuna kaldırdınız mı? Ne zaman ve neden? Nasıl bir tedavi gördünüz?		
4. Alkollü içkiler içer misiniz?		
5. Sigara içer misiniz? Günde kaç sigara içersiniz? Alkol alırsınız? Ne tür ve ne miktarda alırsınız? Uyuşturucu madde kullanır mısınız veya kullandınız mı?		
6. Son beş yılda laboratuvar testleri ve/veya tıbbi testlerden geçtiniz mi? Nedenini, tarihini, ve, eğer varsa, anormal sonuçları belirtin.		
7. Kaza veya ameliyat geçirdiniz mi? Kazanın veya ameliyatın tarihi ve niteliği hakkında ayrıntılar verin.		
8. Son iki yılda 3 günü geçen bir süre boyunca çalışmadığınız oldu mu?		
9. Herhangi bir dereceden maluliyetiniz var mı?		

	H	E
Aşağıdaki hastalıklardan herhangi birine şimdi veya geçmişte yakalandınız mı veya birinci dereceden akrabalarınızın herhangi biri bu hastalıklara yakalandı mı?		
1. Sinir sistemi ve beyin hastalıkları: Felç, multiple sclerosis, bayılma, artrit, gut, sara nöbetleri, Alzheimer hastalığı, Parkinson hastalığı, motorik rahatsızlıklar. Ayrıntıları belirtin.		
2. Solunum sistemi hastalığı, astım, verem, kronik zatürree. Ayrıntıları belirtin.		
3. Herhangi bir kalp ve damar hastalığı, yüksek tansiyon. Ayrıntıları belirtin.		
4. Sindirim sistemi hastalığı, karaciğer hastalığı, sarılık. Ayrıntıları belirtin.		
5. Böbrek ve üriner sistem hastalıkları. Ayrıntıları belirtin.		
6. Eklem ve kemik hastalıkları, kırılgar, sırt ve boyun ağrıları. Ayrıntıları belirtin.		
7. Metabolik hastalıklar ve bağışıklık sistemi, şeker hastalığı, tiroid bezleri, kanda yüksek yağ düzeyi, kan ve pıhtılaşma hastalıkları, osteoporoz, sarılık, anemi. Ayrıntıları belirtin.		
8. Kanseri (habis hastalık), kronik dejeneratif hastalık. Ayrıntıları belirtin.		

10. Herhangi bir tıbbi cihazdan yardım alıyor musunuz?		
--	--	--

9. Cilt hastalığı, cinsel hastalıklar: frengi, Aids, iyileşmeyen bir yara		
10. Göz hastalıkları, işitme zorluğu dahil kulak hastalıkları, boğaz hastalıkları. Ayrıntıları belirtin.		
11. Yalnızca kadınlar için a. Hamile misiniz? b. Kadın hastalıkları: Aybaşı düzensizlikleri, göğüste yumrular dahil göğüs hastalıkları, rahim, yumurtalık, kanserli bir oluşum teşhis edilmesi, mamografi. Ayrıntıları belirtin. c. Çocuk sayısı (önceki evliliklerden olan çocuklar dahil) d. Hamilelik sayısı. Hamilelik döneminde problemler var mıydı? e. En son ne zaman jinekolojik muayeneden geçtiniz?		

Sağlık sorularındaki pozitif bulguların detayları:

Sağlık beyanında verdiğim bütün detayların doğru ve tam olduğunu beyan ederim. Verdiğim detaylardan herhangi biri doğru veya tam değilse, Ayalon, sigorta sözleşmeleri yasası kapsamında sorumluluktan muaf olacaktır.

TIBBÎ MAHREMİYET FERAGATNAMESİ

Ben, aşağıda imzası bulunan kişi, Hastalık Fonları'nı ve/veya onların tıbbi kurumlarını ve/veya bütün doktorlarını, sağlık kurumlarını ve öteki hastanelerini, ve/veya bütün sigorta şirketlerini ve/veya her kurumu ve/veya başka her faktörü, benim sağlık durumum ve/veya geçmişte geçirdiğim ve/veya halen geçirmekte olduğum ve gelecekte geçireceğim her hastalık konusunda bütün ayrıntıları istisnasız olarak ve sigorta şirketi ("Başvuran") tarafından istenilecek formatta Başvuran'a vermeye yetkili kılınım ve sizi tıbbi mahremiyet vecibelerinizden ibra eder ve bu mahremiyetten başvuran lehine feragat ederim. Bu feragatname, beni, benim mirasçılarımı ve vekillerini ve benim yerime geçen herkesi bağlar.

Sigortalının adı _____ Pasaport No. _____
Sigortalının imzası _____ Tarih: _____
İmzalayan tanığın adı _____ Kimlik No. _____
Tanığın imzası _____ Tarih _____

SİGORTALININ BEYANI

1. Beyan, kabul ve taahhüt ederim ki:
 - (1) Bütün cevaplar, doğru ve tamdır ve kendi özgür irademle verilmiştir.
 - (2) Sağlık beyanında detaylı verilen yanıtlar, sigortacıya verilen bütün diğer bilgiler ve bu amaçla sigortacı tarafından kabul edilen bütün şartlar, benimle sigortacı arasındaki sigorta sözleşmesinin aslı şartı olacak ve sigorta sözleşmesinin ayrılmaz bir parçasını teşkil edecektir.
 - (3) Sigortacı, kararını gerekçelendirmek zorunda olmaksızın, teklifi kabul veya red etme yetkisine sahiptir. Sigorta sözleşmesinin yürürlüğe girmesi için, sigortacının beni sigortalamayı kabul ettiğine dair yazılı bir belge düzenlemesi ve ilk sigorta primlerinin tam olarak ödenmiş olması gerektiğini biliyorum.
2. Biliyorum ki:

Bu poliçeye göre, sigorta şirketi, tedavi edilmekte olsun veya olmasın, sigortanın başlangıç tarihinden önce var olan sağlık durumum nedeniyle dolaylı veya dolaysız olarak meydana gelen ve/veya ağırlaşmış olan, sağlık durumum ve/veya tıbbi bir olay ve/veya hastalık dahil, doğuştan gelen bir hastalık veya bozukluk ile ilgili olarak hizmet vermektan muaf olacak ve bütün bu hususlar, Yabancı İşçiler Karamamesi'ne tabi olacaktır.
3. Hiçbir sigorta şirketinin benim sağlık sigortası teklifini reddetmemiş olduğunu beyan ederim.

POLİÇE HAMİLİNİN BEYANI

Bildiğim kadıyla, sigortalının beyanı doğrudur ve, sigortanın başlangıç tarihinden önce var olan sağlık durumu nedeniyle dolaylı veya dolaysız olarak meydana gelen ve/veya ağırlaşmış olan, tedavi edilmekte olsun veya olmasın, herhangi bir bozukluk, genetik hastalık dahil doğuştan gelen bir hastalık ve/veya sağlık durumu ve/veya tıbbi olay ve/veya hastalık ve/veya, sigortacının bilgisine sunulmuş olsaydı, sigortacının bu poliçeyi düzenleyip sigortalıyı sigortalamayı reddetmesine yol açabilecek herhangi bir husustan haberdar değilim.

Kabulde istisnai şartlara dair anlaşma

Sigorta talebinin
% 75'i geçmemek kaydıyla bir ek
sağlık ödemesi ile,

☐ Sigortalı adayının mevcut özürlerinin ve/veya sağlığıyla ilgili sınırlamalarının ve bunlarla ilişkili sonuçların şirketin sorumluluklarından müstesna tutulması şartı ile

Karşılanacağını Kabul ederim.

Sigortalının imzası _____

- İçindekiler kendisine anladığı bir dille açıklandıktan sonra bu beyan sigortalı tarafından imzalanmıştır.

İşverenin imzası

İşverenin adı _____ İşverenin mührü ve imzası _____ İmza tarihi _____

Sigortalının imzası

Sigortalının adı _____ Sigortalının imzası _____ İmza tarihi _____