

KRİTİK HASTALIKLAR BAŞVURU FORMU

Acente Kodu:	Teklif No:
Acente Adı :	Prim :

Sigortalı Adayının Adı/Soyadı	T.C. Kimlik Numarası	Doğum Tarihi	Doğum Yeri	Cinsiyeti	Meslek	Medeni Hali	Boy / Kilo

İLETİŞİM BİLGİLERİ

İletişim Adresi	Ev Telefonu
İl	İş Telefonu
İlçe	Cep Telefonu
Posta Kodu	E-posta

Tarafınıza beyan etmiş olduğum iletişim bilgilerinin değişmesi durumunda tarafınıza 10 iş günü içinde bildirim yapacağımı, aksi durumda tüm yazışmaların ve bildirimlerin Mernis sisteminde kayıtlı bulunan iletişim adresine yapılmasını kabul ve beyan ederim.

Herhangi bir şirkette devam eden, sona eren sağlık sigortası poliçeniz veya başvurunuz oldu mu? Cevabınız "Evet" ise sigorta şirketi ve poliçe başlangıç-bitiş tarihlerini belirtiniz.	
--	--

SAĞLIK BEYANI

Sigortalanması talep edilen bireylerde daha önce geçirilmiş bir ameliyat, hastalık/rahatsızlık veya takip ve tedavisi devam eden hastalık/rahatsızlık ya da doktora başvurulmamış bir sağlık şikayetiniz var mı?

Hayır, yok Evet ise, aşağıda yer alan hastalık gruplarından işaretliyorsunuz.

Hastalık grubunuz aşağıda yer almıyor ise "Diğer" kısmına ayrıntılı açıklamanızı belirtiniz.

Hastalıklarınıza ait raporları (Dr. raporları, ameliyat raporu, epikriz, patoloji raporları, tetkik vb. sonuçları) ekleyiniz.

HASTALIK	HASTALIK
Akciğer/Solunum Yolu Hastalıkları	Bağırsak Hastalıkları
Burun, Kafa Sinüs, Konka Hastalıkları	Deri ve/veya Lenf Bezi Hastalıkları
Eklem Hastalıkları (Diz, Kalça, Omuz gibi)	Göz Hastalıkları
İyi Huylu Kist, Kitle/Tümör	Kan Hastalıkları
Endokrin Sistem Hastalığı (Hormon Bozuklukları)	Kas, Kemik Hastalıkları (Kırık/Çıkıklar Dahil)
Meme Hastalıkları	Prostat ve Testis Hastalığı
Rahim ve Yumurtalık Hastalığı	Sinir Sistemi, Beyin/Beyin Damar Hastalıkları
Tansiyon Hastalığı	Varis
Anorektal Hastalıklar (Basur, Fistül gibi)	Böbrek ve İdrar Yolları Hastalıkları
Büyüme ve Gelişme Geriliği	Doğumsal, Kalıtsal Hastalıklar
Fıtıklar (Kasık , Göbek gibi)	Her Tür Kanser, Kötü Huylu Kitle , Tümör
Karaciğer, Safra, Pankreas ve Dalak Hastalıkları	Şeker Hastalığı, İnsulin Direnci gibi
Omurga Hastalıkları (Boyun, Sırt ve Bel)	Psikiyatrik Hastalıklar
Romatizmal Hastalık	Yemek Borusu, Mide ve Duedonum Hastalıkları
Tiroid ve Parotiroid Bezi Hastalıkları	Diğer
Kadınlar için; Hamile misiniz ?	Erkekler için; Askerlik Yaptınız mı?

İşaretlediğiniz hastalığa ait detayları sigortalı adayları özelinde açıklayınız.

Adı /Soyadı	Hastalık Adı	Tanı -Tedavi Şekli	Tanı – Tedavi Tarihi	Güncel Durum

SAĞLIK BEYANI

Sigortalanması talep edilen bireylerde tehlikeli spor veya tehlikeli faaliyetlerde bulunan kişiler mevcut mudur? (Motor ve otomobil, dalış, dağcılık, kayak, yamaş paraşütü vb. sporlar veya spor amaçlı olmasa dahi benzer faaliyetler) Evet Hayır

Adı /Soyadı	Yapılan faaliyet	Profesyonel	Amatör	Hobi

Sigortalanması talep edilen bireylerden sigara kullanımı bulunan kişiler mevcut mudur?

Evet Hayır

Adı /Soyadı	Kullanım Süresi	Adet (günlük)

SEÇİLEN PLAN

- Paket 1- 30.000 TL
 Paket 2- 50.000 TL
 Paket 3- 100.000 TL
 Paket 6- 30.000 TL + ONKOLOJİ DESTEK PAKETİ

ÖDEME BİLGİLERİ

Prim Ödeme Aracı	<input type="checkbox"/> Kredi Kartı ile peşin	<input type="checkbox"/> 8 eşit taksit blokeli	<input type="checkbox"/> Havale
------------------	--	--	---------------------------------

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

TAZMİNAT ÖDEME

Sağlık Harcamalarının yatırılmasını istediğiniz banka hesap bilgisi:

Hesap Sahibi:
IBAN No:

SAĞLIK BEYANI VE MUVAFAKATNAME

1.Sağlık Sigortası Başvuru Formu ile vermiş olduğum bilgiler doğrultusunda sigortalanma sürecine ilişkin teminat, gerekçe ve ek şart (muafiyet, limit, ek prim, katılım, bekleme süresi ve benzeri) gibi bilgilerinin tarafımla paylaşılmasına ve bilgilerin elektronik ortam üzerinde birbirlerince görüntülenebilmesine dair muvafakatim olduğunu ve buna ilişkin olarak cayma süresi içinde Sigortacı'ya ibraz edeceğimi, aksi halde her türlü sonuçtan şahsen sorumlu olacağımı kabul ve beyan ederim.

2.Şirketinizce düzenlenen poliçeler ve tazminat ödemeleri kapsamında risk ölçümü yapılabilmesi, tazminat taleplerinin değerlendirilebilmesi, sigorta sözleşmesinden kaynaklanan hakların kullanılması ve yükümlülüklerin yerine getirilmesi, sigorta işlemleri ile sigorta işlemleri kapsamındaki planlama ve istatistik çalışmalarının yapılması ve tarafıma özel fırsatların geliştirilebilmesi için sağlık verilerim de dahil olmak üzere kişisel verilerimin işlenmesi gerektiğini biliyor ve kabul ediyorum. Bu kapsamda gerek ileteceğim, gerekse de ilgili yasal düzenlemeler çerçevesinde T.C. Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı, Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi (SBGM), Türkiye Sigorta Birliği (Türkiye Sigorta, Reasürans ve Emeklilik Şirketleri Birliği), Sosyal Güvenlik Kurumu, Sağlık Bakanlığı, tüm sağlık kurum ve kuruluşları, diğer sigorta şirketleri ve kamu kurum ve kuruluşları, özel ve resmi sağlık kurumları, eczaneler, laboratuvarlar, hekim ve diğer ilgili üçüncü kişiler/kurumlardan hakkımda bilgi ve belge temin edilmesine onay veriyorum. Tüm bu verilerin, Sigortacı tarafından aşağıda açıklandığı çerçevede elde edileceği, kaydedilebileceği, muhafaza edilebileceği, açıklanabileceği, mevzuatın izin verdiği durumlarda üçüncü kişilere aktarılabilirliği veya diğer şekillerde işlenebileceği konularında bilgilendirildiğimi ve buna onay verdiğimi beyan ederim.

Kişisel verilerimin ilgili sigorta tekliflerinin/poliçelerinin yürürlük tarihi süresince ve mevzuatta öngörülen saklama süreleri boyunca yazılı veya elektronik ortamda muhafaza edilebileceğini biliyor ve kabul ediyorum.

Sağlık verilerimin özel nitelikli kişisel veri olduğunu, sağlık verilerinizi de içeren kişisel verilerimin, sağlık hizmetlerinin finansmanı ve yönetilmesi konusunda görev yapan sigorta şirketlerince açık rıza aranmaksızın işlenebileceğini biliyor ve kabul ediyorum.

Kişisel verilerimin yukarıda belirtilen amaçlarla, denetleyici ve düzenleyici makamlar ve ilgili kamu kuruluşları ile; Şirket'in sigortaya aracılık eden dağıtım kanalı, hissedarları, doğrudan / dolaylı yurtiçi / yurtdışı iştirakleri, reasürörleri, hizmet alınan, iş birliği yapılan kişi ve kuruluşlar ile destek hizmeti sağlayıcıları, brokerler, diğer sigorta şirketlerine ve sigorta sözleşmesini yaptıran Sigorta Ettiren / Sigorta Ettiren yetkilisine aktarılabilirliğini ve bunlarla paylaşılabilirliğini biliyor ve kabul ediyorum.

Kişisel Verilerin Korunması Kanunu uyarınca, kişisel verilerimin işlenip işlenmediğini öğrenme, işlenmiş bilgi talep etme, işlenme amacını ve amacına uygun kullanılıp kullanılmadığını öğrenme, yurt içinde / yurt dışında aktarıldığı üçüncü kişileri bilme, eksik / yanlış işlenmişse düzeltilmesini isteme, Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'nda sayılan istisnai haller saklı kalmak üzere Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'nun 7'nci maddesinde öngörülen şartlar çerçevesinde silinmesini / yok edilmesini isteme, aktarıldığı üçüncü kişilere yukarıda sayılan işlemlerin bildirilmesini isteme, münhasıran otomatik sistemler ile analiz edilmesi nedeniyle aleyhime bir sonucun ortaya çıkmasına itiraz etme, kanuna aykırı olarak işlenmesi sebebiyle zarara uğramanız hâlinde zararın giderilmesini talep etme haklarına, Sigortacı'nın mevzuattan ve bu formdan doğan hakları saklı kalmak üzere, sahip olduğum konularında bilgilendiğimi beyan ederim. Sigortacı'nın makul olmayacak düzeyde yinelenen, orantısız düzeyde teknik çaba gerektiren, başkalarının

gizliliğini tehlikeye atan veya başka şekilde aşırı derecede zor olan istekleri reddetme hakkı saklı olduğunu biliyor ve kabul ediyorum.

3. İşbu Beyan sonucu oluşabilecek Sigorta Sözleşmesi'ne ait Poliçe Özel Şartları ve Sağlık Sigortası Genel Şartları'nı okuduğumu ve kabul ettiğimi beyan ederim.

4. İş bu Beyan Formu ve ekli belgelerinde verdiğim bilgilerin tam ve doğru olduğunu taahhüt ederim.

5. Teklif/Başvuru Formu ve Sağlık Beyan Formu ile bilgileri olan tüm bilgilerin bilgim dahilinde verildiğini ve bilgim dahilindeki gerçeği tamamen yansıttığını şahsımın ve bağımlılarımın sigortalanma sürecine ilişkin teminat, ek şart (muafiyet, limit, ek prim, katılım, bekleme süresi ve benzeri) ve gerekçe gibi bilgilerinin Sigorta Ettiren ile paylaşılmasına ve tüm bu bilgilerin elektronik ortam üzerinde birbirlerince görüntülenebilmesine dair muvafakatim olduğunu kabul ve beyan ederim. Sigorta başvuru formunda belirtmiş olduğum e-posta adresimin, GSM numaram ve/veya Mernis kayıtlarındaki adresimin sigortacılık işlemlerim ile ilgili bilgilendirmeler ve poliçe/sertifika gönderimi için kullanılmasını talep ve rica ederim.

6. Sigorta kapsamına alınacak bireylerin sağlık durumları ile ilgili olarak bu Beyan Formu'nda ve ekli belgelerde verilen bilgilerin tam ve doğru olduğunu kabul ve beyan ederim.

7. Başvuru formu'nun ilgili kısımlarında bildirilen e-posta adreslerinin ve diğer iletişim bilgilerinin şahsıma ve sigortalı adaylarına ait olduğunu ve Magdeburger Sigorta A.Ş. tarafından sigorta sözleşmesi ön görüşmeleri ve sigorta sözleşmesi ile ilgili tüm bilgilendirme, bildirim ve poliçenin teslimi için bu iletişim bilgilerinin kullanabileceği ve sigortacı tarafından SMS ve/veya e-posta ile gerek tarafıma gerekse sigortalılara yapılacak tüm bilgilendirme, bildirim ve poliçenin tesliminin bu iletişim bilgileri kullanılarak yapılacağını peşinen kabul ettiğimi beyan ederim.

Sigortalı T.C Kimlik No :

Eş TC Kimlik No :

Sigortalı Adı Soyadı :

Sigortalı Adı Soyadı :

Sigortalı İmzası/Tarih :

Sigortalı İmzası/Tarih :

Çocuk +18 TC Kimlik No :

Çocuk +18 TC Kimlik No:

Sigortalı Adı Soyadı :

Sigortalı Adı Soyadı :

Sigortalı İmzası/Tarih :

Sigortalı İmzası/Tarih :

Çocuk +18 TC Kimlik No :

Çocuk +18 TC Kimlik No:

Sigortalı Adı Soyadı :

Sigortalı Adı Soyadı :

Sigortalı İmzası/Tarih :

Sigortalı İmzası/Tarih :

(*) 18 yaş ve üstü sigortalı adayı veya 18 yaş altı sigortalı adayının ebeveynlerinden biridir.