

**Çek Karnesi Yıllık Grup Hayat Sigortası Başvuru ve Sağlık Beyan Formu****SİGORTALI ADAYININ**

Adı Soyadı : ..... Cinsiyeti : ..... Medeni Hali : .....

Doğum Tarihi : ..... / ..... / ..... Doğum Yeri : ..... Boyu : ..... Kilosu: .....

Adres : ..... Mesleği : .....

..... Tel: ..... Kredi Numarası : .....

Dain-i Mürtehin: FINANSBANK ..... Şubesi ..... Base Numarası : .....

TC Kimlik No : .....

**LEHTAR(LAR)IN**

Adı Soyadı/Ticari Ünvanı ..... Doğum Tarihi ..... TC Kimlik No: ..... Payı(%) .....

**SİGORTANIN**

Başlangıç Tarihi : ..... / ..... / ..... Bitiş Tarihi : ..... / ..... / ..... Sigorta Süresi : 1 Yıl

Vefat+Kaza Sonucu Daimi Maluliyet Teminat Tutarı : ..... TL Toplam Prim Tutarı : ..... TL

Ödeme Şekli :  Peşin  Taksitli

Dönemsel Tutar : .....

**PRİM ÖDEME BİLGİLERİ**

Ödeme Tipi :  Hesap  Kredi Kartı

Hesap/Kredi Kart No : .....

Aksine bir talimat verene kadar sigorta primlerinin ilgili dönemde ve yenilenecek poliçelerim/sertifikalaram için yukarıda belirttiğim kredi kartı/banka hesabımdan tahsil edilmesi için Finansbank A.Ş.'ye yetki veriyorum. Sigorta süresi içinde kredi kartımın yenilenmesi ya da değiştirilmesi durumunda sigorta primlerim ile ilgili tahsilatların yeni kredi kartı hesabımdan yapılması için Finansbank A.Ş.'ye yetki veriyorum. Herhangi bir aya ait prim borcumun hesabımdan tahsil edilememesi durumunda bu borcumu nakit olarak ödeyeceğimi taahhüt ederim.

Bugüne kadar aşağıda belirtilen rahatsızlıklardan herhangi birini geçirdiniz mi veya bunlarla ilgili herhangi bir rahatsızlığınız var mı?

	Hayır	Evet	(Cevabınız evet ise lütfen kısaca açıklayınız)
Kalp Hastalığı ( Miyokard enfarktüs, koroner yetmezlik, romatizmal kalp )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Hipertansiyon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Diyabet ( Şeker Hastalığı )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Kanser ( her türlü )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Doğumsal - kalıtsal (kojenital) hastalık ya da deforme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Böbrek Hastalıkları ( nefrit veya tek böbreklilik vb.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Felç	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Sindirim Sistemi Rahatsızlıkları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Solumun Sistemi Bozuklukları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Endokrin (Hormonal Bozukluklar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Deri ya da lenf bezi hastalıkları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Sırt ve bel ile ilgili rahatsızlıklar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Ailenizden herhangi biri yukarıdaki rahatsızlıklardan birini geçirdi mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
AIDS vb testler yaptırdınız mı? Sonuçları ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Yukarıdakiler dışında diğer herhangi bir hastalık geçirdiniz mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Son yıllarda bir hastalık ya da kaza sonucu bir hekime muayene oldunuz mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Eksik/işlevini yapamayan uzvunuz var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Tehlikeli sporlar ya da hobilerle uğraşıyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Şu anda tamamen sağlıklı mısınız? (Cevabınız hayır ise lütfen nedenini belirtiniz.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....

Bu başvuru formunda vermiş olduğum bilgilerin tam ve doğru olduğunu, bu bilgilerin yukarıda belirtilen grup hayat sigorta sözleşmesi şartlarına göre yapılacak hayat sigortama esas teşkil edeceğini, bu başvuru formunda belirtmiş olduğum hususlar hakkında doktor, sağlık kurumları ve diğer ilgililerden bilgi alma konusunda Finans Emeklilik ve Hayat A.Ş.'yi yetkili kıldığımı beyan ve kabul ederim.

Sigorta Ettiren :  
FINANSBANK A.Ş.

Başvuru Tarihi:  
Sigortalı Adayının İmzası

Şube Adı :  
Banka Portföy Yöneticisi Adı Soyadı:  
İmza :