

Finansbank A.Ş. Uzun Süreli Kredi Grup Hayat Sigortası Başvuru ve Sağlık Beyan Formu
SİGORTALI ADAYININ

Adı Soyadı :
 Doğum Tarihi : Doğum Yeri :
 Adres :
 Tel:

Cinsiyeti : Medeni Hali :
 Boyu : Kilosu:
 Mesleği :
 Kredi Numarası :
 Base Numarası :
 TC Kimlik No :

Dain-i Mürtehin*: FINANSBANK A.Ş. Şubesi
 *İşbu sigorta poliçesiyle teminat altına alınan riskler gerçekleştiğinde, ödenecek sigorta tazminatı üzerinde birinci dereceden alacaklı kişi.

LEHTAR(LARININ) Kanuni Varisler
 Adı Soyadı/Ticari Ünvanı

Doğum Tarihi

TC Kimlik No:

Pavy(%)

SİGORTANIN

Başlangıç Tarihi : Bitiş Tarihi :

Sigorta Süresi : YIL
 Prim Ödeme Süresi : YIL
 Prim Ödeme Şekli :
 Yıllık Prim Tutarı : TL
 Devrelik Prim Tutarı : TL
 Toplam Prim Tutarı : TL

Vefat Teminat Tutarı (İlk Yıl İçin) : TL

PRİM ÖDEME BİLGİLERİ

Ödeme Tipi : Banka Hesabı Kredi Kartı
 Hesap/Kredi Kart No : Kredi Kartı Son Kullanma Tarihi: / CVC No :
 Kredi Kartı Sahibinin Adı Soyadı:

Sözleşme Yılı	Teminat Tutarı (TL)	Yıllık Prim Tutarı TL	Sözleşme Yılı	Teminat Tutarı (TL)	Yıllık Prim Tutarı TL	Sözleşme Yılı	Teminat Tutarı (TL)	Yıllık Prim Tutarı TL
1. Yıl			6. Yıl			11. Yıl		
2. Yıl			7. Yıl			12. Yıl		
3. Yıl			8. Yıl			13. Yıl		
4. Yıl			9. Yıl			14. Yıl		
5. Yıl			10. Yıl			15. Yıl		

Aksine bir talimat verene kadar sigorta primlerinin ilgili dönemde ve yenilenecek poliçelerim/sertifikalarım 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?

	Evet	Hayır	(Cevabınız evet ise lütfen açıklayınız)
Kalp Hastalığı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertansiyon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diyabet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kanser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doğumsal - kalıtsal (kojental) hastalık ya da deformite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Böbrek Hastalıkları	<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"/>
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"/>
AIDS vb testler yaptırınız mı? Sonuçları ?	<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"/>

Yukarıda eksiksiz olarak doldurduğum bu form nedeniyle Finans Emeklilik ve Hayat A.Ş.'nin bir taahhüt altına girmedikçe, başvuru formunda/sağlık beyanında mevcut tüm soruları okuyarak eksiksiz ve doğru olarak doldurduğumu, aksi halde sigortamın iptali ile tüm haklarımı kaybedeceğimin tarafıma açıklandığını, yapmış olduğum ön ödememin başvuru formunda Finans Emeklilik ve Hayat A.Ş. tarafından kabul edilip sertifikamın/poliçemizin tanzim edilmesi halinde prim ödemesi haline geleceğini, sigorta teminatının ve Finans Emeklilik ve Hayat A.Ş.'nin taahhütlerinin sertifikada/poliçede belirtilen başlangıç tarihi itibarıyla geçerli olacağını, sertifikamın/poliçemizin tanzim edilmesinden sonra sigortadan vazgeçmem halinde alınan ilk primin tarafıma iade edilmeyeceğini yukarıda belirttiğim tüm hususlar hakkında doktor, sağlık kurumları ve diğer ilgili kişi ve kuruluşlardan bilgi alma konusunda Finans Emeklilik ve Hayat A.Ş.'yi yetkili kıldığımı kabul, beyan ve tasdik ederim.

Sigorta Ettiren :
FINANSBANK A.Ş.
 Şube Adı :
 Banka Portföy Yöneticisi Adı Soyadı:
 İmza :

Başvuru Tarihi:/...../.....
 Sigortalı Adayının İmzası