

ÖRNEKTİR

 **FINANSEMEKLİLİK**

FINANS EMEKLİLİK VE HAYAT A.Ş.
Sahrayıcedit Mah. Halk Sok. No: 48 34734
Kozyatağı / İstanbul
Vergi No: 3880583115
Tel: (216) 468 03 00-Faks: (216) 368 71 26
E-posta: info@finansemeklilik.com.tr
Web: www.finansemeklilik.com.tr
Çağrı Merkezi: 444 0 984

Yıllık Hayat Sigortası Başvuru Formu

FINANSEMEKLİK

Seri No:



FINANS EMEKLİLİK VE HAYAT A.Ş.
Sahraycedit Mah. Halk Sok. No: 48 34734
Kozyatağı / İstanbul
Vergi No: 3880583115
Tel: (216) 468 03 00 Faks: (216) 368 71 26
E-posta: info@finansemeklilik.com.tr
Web: www.finansemeklilik.com.tr
Çağrı Merkezi: 444 0 984

Sirket Nüshası
1/3

YILLIK HAYAT SİGORTASI BAŞVURU FORMU

SİGORTALI ADAYININ

Adı Soyadı:

Doğum Tarihi:

Doğum Yeri:

Cinsiyeti: K E

Medeni Hali:

Adres: Ev İş

.....

.....

İl:

İlçe:

Posta Kodu:

Ev Telefonu:

İş Telefonu:

Cep Telefonu:

.....

SİGORTA ETTİRENİN (Sigorta ettiren ile sigortalı adayının farklı kişiler olması durumunda doldurulacaktır)

Gerçek Kişi Tüzel Kişi

Adı Soyadı / Ticari Ünvanı:

Doğum Tarihi:

Doğum Yeri:

Cinsiyeti: K E

Medeni Hali:

Adres: Ev İş

.....

.....

İl:

İlçe:

Posta Kodu:

Ev Telefonu:

İş Telefonu:

Cep Telefonu:

.....

LEHTAR(LAR)IN

Dain-i Mürtehin: Yok Var

Lehtar Kanuni Varisler**

Adı Soyadı/Ticari Ünvanı:

Doğum Tarihi:

TC Kimlik No*:

Payı(%):

.....

.....

.....

.....

Seri No:

SAĞLIK BEYANI

Sigorta Ettirenin Adı Soyadı:

(Sigorta ettiren ile sigortalı aynı kişi ise lütfen boş bırakınız.)

Sigortalı Adayının:

Adı Soyad:

Doğum Tarihi:

Doğum Yeri:

Aşağıda belirtilen hastalıklardan herhangi birini veya birkaçını geçirdiniz mi veya bunlarla ilgili bir rahatsızlığınız var mı?

	Evet	Hayır		Evet	Hayır
1. Miyokard enfarktüsü veya koroner yetmezlik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. Rahim ve yumurtalık kisti hastalıkları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hipertansiyon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20. Kas, eklem ve kemik hastalıkları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Romatizmal kalp ve diğer kalp rahatsızlıkları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21. Kulak-Burun-Boğaz Hastalıkları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Doğuştan gelen hastalıklar ya da deformiteler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22. Göz hastalıkları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Diabet (Şeker Hastalığı)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23. Bel fıtığı, omurilik ve sırt ile ilgili hastalıklar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Astım, tüberküloz, diğer solunum sistemi hastalıkları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24. Felç (inme)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Endokrin (Hormonal bozukluklar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25. Beyin ve diğer sinir sistemi hastalıkları, sara	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Mide ülseri ve mide ile ilgili diğer hastalıklar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26. Kan hastalıkları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. AIDS veya HIV türevi virüsleri ile ilgili oluşan hastalıklar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27. Zihinsel ve ruhsal hastalıklar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Karaciğer hastalıkları, siroz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28. Zührevi ve genito üriener sistem hastalıkları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Bağırsak hastalıkları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29. Şu anda herhangi bir sağlık sorunuz var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Pankreas ve dalak hastalıkları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30. Eksik ya da işlevini yapmayan herhangi bir uzvunuz var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Prostat hastalıkları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31. Tehlikeli spor ya da hobilerle uğraşıyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Deri ya da lenf bezi hastalıkları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32. Son üç yıl içinde geçirdiğiniz bir rahatsızlık veya kaza sonucu bir hekime muayene oldunuz mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Böbrek yetmezliği, nefrit veya tek böbreklilik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33. Yukarıda sözü edilenler dışında başka bir hastalık ya da rahatsızlığınız varsa lütfen bunları da aynı şekilde belirtiniz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Multipl skleroz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
17. Her türlü kanser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
18. Guatr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Diğer hastalıklar:

Şu andaki boyunuz ve kilonuz (cm) (kg)
(Lütfen tüm soruları eksiksiz olarak cevaplandırınız. Cevabı evet olan sorular ile ilgili ayrıntıları, numaralarını da yazarak açıklamalar bölümünde belirtiniz.)

Açıklamalar:

.....

.....

Şu anda tamamen sağlıklı olduğumu, işbu başvuru formunu doldurmanın, şirketce sigortaya kabul edildiğim anlamına gelmediğini ve yukarıda verdiğim tüm bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Sigortalı Adayının İmzası:

Başvuru Tarihi:

.....

SİGORTA BİLGİLERİ

Başlangıç Tarihi:

Sigorta Süresi: 1 Yıl

Ödeme Şekli: Peşin Taksitli Taksit Sayısı:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Sirket Nüshası
2/3

Seri No:

ÖDEME BİLGİLERİ

Ödeme Tipi: Finansbank Hesabı Kredi Kartı

Şube Adı:

Hesap No:

Kredi Kartı No:

CVC No:

Son Kullanma Tarihi:

Kart Sahibinin Adı Soyadı:

Aksine bir talimat verene kadar sigorta primlerinin ilgili dönemde ve yenilenecek poliçelerim/sertifikalarım için yukarıda belirttiğim kredi kartı/banka hesabımdan tahsil edilmesi için Finans Emeklilik ve Hayat 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 Finans Emeklilik ve Hayat A.Ş.'ye yetki veriyorum. Herhangi bir aya ait prim borcumun hesabımdan tahsil edilememesi durumunda bu borcumu nakit olarak ödeyeceğimi taahhüt ederim.

Kredi Kartı/Hesap Sahibinin

Adı Soyadı:

Tarih:

İmzası:

.....

Yukarıda eksiksiz olarak doldurduğum bu hayat sigortası başvuru formu nedeniyle Finans Emeklilik ve Hayat A.Ş.'nin herhangi bir taahhüt altına girmediğini, başvuru formunda mevcut tüm soruları okuyarak eksiksiz ve doğru olarak yanıtladığımı, aksi halde sigortamın iptali ile tüm haklarımı kaybedeceğimin tarafıma açıklandığını, yapmış olduğum ön ödemenin bu hayat sigortası başvurumun Finans Emeklilik ve Hayat A.Ş. tarafından kabul edilip hayat sigortası poliçesinin/sertifikasının tanzim edilmesi halinde prim ödemesi haline geleceğini, sigorta teminatının ve Finans Emeklilik ve Hayat A.Ş.'nin taahhütlerinin poliçe/sertifika üzerinde belirtilen sigorta başlangıç tarihi itibarıyla geçerli olacağını, sertifikanın/poliçenin tanzim edilmesinden sonra sigortadan vazgeçmem halinde alınan ilk primin tarafıma iade edilmeyeceğini, yukarıda belirttiğim tüm hususlar hakkında ilgili 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.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

*Yabancı uyruklu kişiler için TC Kimlik No yerine Vergi Kimlik No yazılmalıdır.

**Kanuni Varisler'i seçtiğiniz takdirde Lehtar kısmını doldurmanıza gerek yoktur.

***FEM No: Finans Emeklilik ve Hayat A.Ş. müşteri numaranızdır.

Sirket Nüshası
3/3