

**SAĞLIĞIM 4X4 LÜK TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI BAŞVURU FORMU**

Lütfen bu formdaki tüm bilgilerin eksiksiz ve doğru olarak doldurulduğundan emin olunuz.

SİGORTA ETTİREN:	TC KİMLİK NO/VERGİ KİMLİK NO:	
	POLİÇE BAŞLANGIÇ TARİHİ:	
ADRES:	TEL:	FAKS:
	GSM 1:	GSM 2:
	E-MAİL:	

**SAĞLIK SİGORTASI KAPSAMINA ALINACAK PERSONEL VE AİLE BİREYLERİNİN**

YAKINLIK DERECEŚİ	ADI SOYADI	TC KİMLİK NO	DOĞUM TARİHİ	CİNSİYET	BOY/KİLO	MEDENİ HAL
FERT			...../...../.....	K <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	.....cm. ....Kg.	B <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>
SEÇİLEN PLAN	RISK ANALİZ KARARI					
YATARAK <input type="checkbox"/> YATARAK AYAKTA <input type="checkbox"/>						
EŞ			...../...../.....	K <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	.....cm. ....Kg.	B <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>
SEÇİLEN PLAN	RISK ANALİZ KARARI					
YATARAK <input type="checkbox"/> YATARAK AYAKTA <input type="checkbox"/>						
1. ÇOCUK			...../...../.....	K <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	.....cm. ....Kg.	B <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>
SEÇİLEN PLAN	RISK ANALİZ KARARI					
YATARAK <input type="checkbox"/> YATARAK AYAKTA <input type="checkbox"/>						
2. ÇOCUK			...../...../.....	K <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	.....cm. ....Kg.	B <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>
SEÇİLEN PLAN	RISK ANALİZ KARARI					
YATARAK <input type="checkbox"/> YATARAK AYAKTA <input type="checkbox"/>						
3. ÇOCUK			...../...../.....	K <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	.....cm. ....Kg.	B <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>
SEÇİLEN PLAN	RISK ANALİZ KARARI					
YATARAK <input type="checkbox"/> YATARAK AYAKTA <input type="checkbox"/>						

**ÖDEME BİLGİLERİ**

SAĞLIK GİDERLERİNİZİN ÖDENMESİNİ İSTEDİĞİNİZ BANKA ADI / ŞUBE ADI / HESAP NO:

IBAN NO.	BANKA ADI / ŞUBE ADI	İL	HESAP NO. / KREDİ KARTI NO	KKARTI CVV NO.

**KREDİ KARTI İLE ÖDEME FORMU**


KART HAMİLİNİN ADI-SOYADI :

KART NUMARASI : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ CVV : \_\_\_\_ GEÇERLİLİK TARİHİ : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

BANKA ADI :

KART TÜRÜ : MASTER/AMEKS  VİSA

PEŞİN ÖDEME : ..... TOPLAM PRİM : ..... TAKSİT ADEDİ : ..... TAKSİT TUTARI:.....

SİGORTA ETTİREN /SİGORTALI	SİGORTA ŞİRKETİ
TARİH / İMZA	

## SİGORTALI ADAYLARININ SAĞLIK BEYAN FORMU

"Başvuru sahibinin aşağıdaki soruları kendisi ve kanunen bakmakla yükümlü olduğu ve "Sigorta Bünyesine Katılacak Kişiler" başlığı altında bilgilerini verdiği kişiler adına doldurması ve EVET yanıtlarıyla ilgili ayrıntılı bilgileri aşağıdaki ilgili bölümlere yazılması varsa mevcut raporların eklenmesini rica ederiz. Aşağıdaki sorulara ne kadar ayrıntılı ve doğru yanıt verirseniz, sigorta sisteminiz o kadar iyi işleyecektir. Yanlış veya eksik beyan, tazminat talebinizin reddine sebep olacaktır.

1-Aşağıda belirtilen hastalıklarla ilgili herhangi bir şikayetiniz var mı? Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>					
	Sigortalı Fert		Bağımlılar		
	E	H	E	H	
Hipertansiyon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Karaciğer Hastalıkları
Lipid Metabolizma bozukluğu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Akciğer Hastalıkları
Kalp, Damar Hastalıkları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sindirim Sistemi Hastalıkları
Diğer Damar Hastalıkları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Solunum Sistemi Hastalıkları
Diabet (Şeker Hastalığı)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Endokrin Sistem (Hormonlar)
Tümör,Kist,Hiperplazi ve Nodül	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kan ve Lenf Bezi Hastalıkları
Her türlü Kanser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jinekolojik ve/veya Ürolojik
Omurga ve Eklem Hastalıkları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nörolojik/Psikolojik Rahatsızlıklar
Böbrekler, İdrar Sistemi Hastalıkları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doğumsal Kalıtsal Hastalıklar
Kas, iskelet Hastalıkları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Deri ve Cilt Hastalıkları
					Viral Hepatitler (A,B,C,D,E)
					Aids
					Multipl Skleroz
					Sara ( Epilepsi)
					Paralizi (Felç)
					Zeka geriliği
					Görme Kaybı
					İşitme Kaybı
					Önemli Yanıklaar
					Diğer

2. Siz ve/veya sigortalanacak aile bireylerinizin, Yukarıda belirtilen hastalıklar ve/veya bunlardan başka herhangi bir rahatsızlığı/ hastalığı /şikayeti/ sakatlığı var mı? Evet  Hayır   
"EVET" yanıtı verdiğiniz hastalıklar/rahatsızlıklarla ilgili lütfen aşağıda istenmiş bilgileri ilgili kişiler için doldurunuz.

Sigortalı Adayı Adı Soyadı	Hastalık Baş.Tar. /Son Şikayet Tar.	Tanı	Kullanılan İlaç	Tedavi Uyg. Sağlık Kuruluşu/ Doktor	Takip / Tedavi Yöntemi
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....

3. Siz ve/veya sigortalanacak aile bireylerinizden herhangi biriniz ameliyat geçirdiniz mi? kan, idrar, radyoloji vb. testi yaptırınız mı? Düzenli ilaç kullandınız mı? Evet  Hayır   
ve/veya tümör, ur, kist, nodül v.b. ile ilgili işlemler yaptırınız mı?

Sigortalı Adayı Adı Soyadı	Geçirilmiş Ameliyat	Yapılan Testler /işlemler	Biyopsi Alındı mı ? Sonuç?	Tedavi Uyg. Sağlık Kuruluşu/ Doktor	Bugünkü Sağlık Durumunuz
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....

8. Siz ve/veya sigortalanacak aile bireyleriniz tehlikeli spor veya tehlikeli faaliyetlerde bulunuyor musunuz? Evet  Hayır   
(,Motor ve otomobil, Dalış, Dağcılık, kayak,yamaç paraşütü v.b. sporlar veya spor amaçlı olmasa dahi benzer faaliyetler )

Sigortalı Adayı Adı Soyadı	Yapılan Faaliyetler	Başladığı Tarih	Profesyonel	Amatör	Hobi
.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Şu anda hamile misiniz? Evet  .....aylık hamileyim. Hayır  , hamile değilim

Sigortalı Adayı Ad Soyad	Doğum Sayısı	Normal/Sezeryan	Çocuk Sayısı	Düşük Yaptınız mı? Düşük Sayısı	Kadın Hastalığı geçirdiniz mi?
.....	.....	.....	.....	.....	.....

### BİR ÖNCEKİ SAĞLIK SİGORTA ŞİRKETİNİZ / POLİÇENİZE AIT BİLGİ VE BELGELER İLETİLMELİDİR.

Başka bir sigorta şirketi tarafından düzenlenen poliçeniz var mı? Evet  Hayır  Sağlık  Ferdi Kaza  Hayat

Cevabınız Evet ise; yenileme yapılmak suretiyle devam eden sağlık sigorta poliçenizden önceki tüm sigortalınıza ilişkin; özel şart, ilk giriş tarihini ve bitiş tarihini (gün, ay ve yıl olarak) belirterek aşağıdaki soruları yanıtlayınız.

BİR ÖNCEKİ SİGORTA ŞİRKET ADI :

Sigortalı ADI,SOYADI	Poliçesinde bulunan Şartlı kabuller (Ek Prim,Kapsam dışı vb.)	Poliçe no / Kart no	İlk Giriş	Bitiş Tarihi
Fert				
Eş				
Çocuk				
Diğer				

Ben aşağıdaki imza sahibi; bu giriş formu nedeniyle Halk Sigorta A.Ş.'nin herhangi bir taahhüt altına girmedigini, önceki şirket ve sigortalılık dönemlerim dahil sağlık durumum ile ilgili başvuru formumun poliçeleşmesini etkileyecek, Halk Sigorta A.Ş.'nin bilmesi gereken herhangi bir hususu gizlemediğimi, yanlış veya eksik beyanda bulunmadığımı, aksi takdirde ortaya çıkabilecek anlaşmazlıklarda Sigorta şirketi'nin herhangi bir sorumluluk altına girmeyeceğini, bu giriş formunda belirtmiş olduğum bütün hususlar hakkında doktor, sağlık kurumları ve diğer ilgililerden bilgi alma konusunda Halk Sigorta A.Ş.'ni yetkili kıldığımı beyan, kabul ve tasdik ederim.Başvuru formunda işaretlenmeyen soruların yanıtlarının "hayır" olarak işleme alınmasını kabul ediyorum.

SİGORTA ETTİREN/ SİGORTALI			SATIŞ KANALI		
Adı Soyadı :	İmzası	Tarih:	Adı Soyadı:	İmzası	Tarih:

## SAĞLIĞIM 4X4'LÜK TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI BİLGİLENDİRME FORMU

En az iki nüsha olarak düzenlenen bu form, sigorta sözleşmesine taraf olmak isteyen ve sigortadan menfaat sağlayacak diğer kişilere, yapılacak sigorta sözleşmesine ilişkin önemli bazı hususlarda genel amaçlı bilgi vermek amacıyla 28.10.2007 tarihli Resmi Gazete'de yayımlanan Sigorta Sözleşmelerinde Bilgilendirmeye İlişkin Yönetmeliğe istinaden hazırlanmıştır.

### A. SİGORTACIYA İLİŞKİN BİLGİLER

Bilgiler	Sözleşmeyi Yapan Acente/Broker Ünvanı	Teminatı Veren Sigortacının;
Ticaret Ünvanı		Halk Sigorta A.Ş.
Adresi		Halide Edip Adivar Mah.Darülaceze Cad. No: 23 Şişli / İstanbul
Telefon No.		0212 314 73 00
Faks No.		0212 314 73 64
Web Adresi		www.halksigorta.org

### B. UYARILAR

1. Sigorta hakkında daha ayrıntılı bilgi sahibi olmak için, sigortacı tarafından poliçe ekinde verilecek. Sağlık Sigortası Özel Şart, Tanımlar, Sağlık Sigortası Genel Şartları, Teminat Tablosu ve İstisnaları dikkatlice okuyunuz.
2. Sigorta priminin tamamının veya taksitle yapılan ödemelerde primin ilk taksitinin, poliçenin teslim edildiği an ödenmesi gerekir. Primin ödenmemesi durumunda, riziko gerçekleşmiş dahi olsa sigortacının sorumluluğu başlamaz. İleride doğabilecek birtakım ihtilafları önlemek için, prim ödemelerinizde (peşin veya taksitle) ödeme belgesi almayı unutmayınız.
3. SİGORTALININ POLİÇE BAŞLANGIÇ TARİHİNDEN ÖNCE VAR OLAN ŞİKAYET VE HASTALIKLARI İLE İLGİLİ HER TÜRLÜ SAĞLIK HARCAMASI POLİÇE KAPSAMI DIŞINDADIR.
4. SGK TARAFINDAN SAĞLANAN GENEL SAĞLIK SİGORTASININ AKTİF OLMADIĞI DURUMDA OLUŞAN SAĞLIK GİDERLERİ BU POLİÇE KAPSAMI DIŞINDADIR.
5. Poliçeye temel oluşturan 5510 Sayılı SGK KANUNU'nun ilgili maddeleri gereği sağlık hizmetlerinden yararlananların ödemekle yükümlü oldukları katılım payları sigortalı tarafından ödenmek zorunda olup, bu poliçenin kapsamı dışındadır.
6. Sağlık Sigortası prim ödemeleriniz vergi matrahınızdan düşülebilmektedir (Sağlık Sigortası Özel Şartlar metnine bkz.)
7. Sözleşmenin feshedilmesi hâlinde, sigortacının sorumluluğunun devam ettiği süreye tekabül eden prim, gün sayısı üzerinden hesap edilerek fazlası sigorta ettirene iade edilir veya bu tarihe kadar ödenmeyen eksik prim, geçen gün sayısı hesap edilerek sigortacıya ödenir.
8. Sözleşmenin kurulması sırasında (sözleşme yapılırken), sigorta süresi içinde ve rizikonun gerçekleşmesi durumunda sigortacıya gerçeğe aykırı, eksik veya yanlış bilgi vermekten kaçınınız. Aksi taktirde, sözleşmenin yapılmaması veya daha ağır şartlarda yapılmasını gerektirecektir. Tazminat gerçekleşmiş ise tazminat ödeme süresi uzayabilir, tazminatı eksik alma veya alamama hâlleri ortaya çıkabilir (Sağlık Sigortası Genel Şartları ilgili maddesi gereği).

### C. GENEL BİLGİLER

1. Bu sigortayla Sigortalı/Sigortalıların poliçe başlangıç ve bitiş tarihleri içerisinde meydana gelebilecek bir hastalık ve/veya kaza sonucu teşhis ve tedavileri için yapılacak masrafları, poliçede belirtilen teminat, limit, iştirak oranları ve uygulamalar dahilinde, TTK, Genel Hükümler, Sağlık Sigortası Genel Şartları ve Özel Şart hükümlerine göre teminat altına alınır.
2. **Teminat dışı hâller için Sağlık Sigortası Özel Şartları ve Genel Şartları metninde belirtilmiş durumlara bakınız.**
3. İlgili ürün sadece Türkiye Cumhuriyeti sınırları içinde geçerlidir.
4. Bu sigorta Sigortalının, Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ile anlaşmalı özel sağlık kuruluşlarından poliçe süresi içinde alacağı sağlık hizmetleri karşılığında ödeyeceği fark ücretlerini karşılar. Fark ücreti ödenecek kurumun aynı zamanda Halk Sigorta A.Ş. ile de anlaşması olması gerekmektedir. Anlaşmalı Kurum Listesinin güncel hali [www.halksigorta.com.tr](http://www.halksigorta.com.tr) adresinde yer almaktadır. Şirketin Anlaşmalı kurumlar üzerinde değişiklik yapma (yeni kurum ekleme veya kurum anlaşmasını iptal etme) hakkı saklıdır.

## D. POLİÇE TEMİNATLARI

### 1. Yatarak Tedavi

Yatarak Tedavi teminatı, sigorta başlangıç tarihinden sonra gerçekleşen, tıbben gerekli olan cerrahi yatışlar ve/veya dahili yatışlar, yoğun bakım, kemoterapi, radyoterapi, diyaliz, koroner Anjiyografi giderleri, sünnet ile sigortalının hayati bir tehlikeye neden olabilecek acil sağlık giderleri ve küçük müdahale giderlerinin poliçe özel ve genel şartları çerçevesinde karşılanmasını kapsar. Anlaşmalı Kurum bulunmayan illerde Yatarak Tedavi 10.000 TL limit dahilinde ve işlem başına maksimum 1,5 SUT olarak ödenir.

### 2. Ayakta Tedavi

Ayakta Tedavi, sigorta başlangıç tarihinden sonra gerçekleşen rahatsızlıklara ilişkin; doktor muayene, laboratuvar hizmetleri, görüntüleme ve ileri tanı yöntemleri ile fizik tedavi teminatlarından oluşur. Anlaşmalı Kurum bulunmayan illerde Ayakta Tedavi 1.500TL limit dahilinde ve işlem başına maksimum 1,5 SUT olarak ödenir.

### 3. Acil Durum Tedavi Giderleri

Teminat kapsamında olan bir rizikonun gerçekleşmesi neticesinde, sigortalıya ivedilikle tıbbi müdahale yapılmadığı veya sigortalının başka bir sağlık kuruluşuna nakledilmesi halinde hayatın ve/veya sağlık bütünlüğünün kaybedilebileceği, bu nedenle sigortalının daha fazla zarar görmemesi için tedavinin hemen başlatılmasının gerekli olduğu, ani gelişen hastalık, kaza, yaralanma ve benzeri durumlarda anlaşmasız kurumlarda yapılan sağlık giderlerini kapsar. Acil Durum Tedavi Giderleri Anlaşmasız Kurumlarda; poliçe dönemi içerisinde Yatarak Tedavi Teminatı 10.000TL, Ayakta Tedavi Teminatı 1.500TL limit dahilinde ve işlem başına maksimum 1,5 SUT olarak ödenir.

### 4. Ambulans Teminatı

Teminat kapsamında olan bir rizikonun gerçekleşmesi neticesinde, sigortalıya ivedilikle tıbbi müdahale yapılmadığı veya sigortalının başka bir sağlık kuruluşuna nakledilmesi halinde hayatın ve/veya sağlık bütünlüğünün kaybedilebileceği, bu nedenle sigortalının daha fazla zarar görmemesi için tedavinin hemen başlatılmasının gerekli olduğu, ani gelişen hastalık, kaza, yaralanma ve benzeri acil durumlarda anlaşmalı kara ambulans giderlerini kapsar.

### 5. Fizik Tedavi Teminatı

Hekim tarafından belirtilen fizik tedavi seansları ve rehabilitasyon giderleri yıllık 1.500TL limiti dahilinde ödenir.

## E. TAZMİNAT ÖDEMESİ

- Sözleşmenin kurulması (sözleşmenin yapılması) sırasında teminatların limitlerine, katılım payına, özel istisnalara (varsa) özel şartlarına dikkat ediniz. Sigorta teminat limiti poliçede yazılı olan ve rizikonun gerçekleşmesi halinde sigortalının ödemesi taahhüt ettiği teminat limitinin azami tutarıdır.
- Tazminat ödemesi sözkonusu olduğu hallerde, teminat altına alınan rizikoların gerçekleşmesi nedeniyle sigorta ettirenin yapmış olduğu masraflarını poliçede yazılı limitlere kadar katılım payı, özel istisnalar ve özel şartlara göre öder. Tazminat değerlendirmesi sırasında gerekli harcama belgelerinin asıllarının sigortacıya verilmesi şarttır.
- Tedavi masrafı miktarında anlaşılmayan durumlarda taraflardan her biri kendi hakem-bilirkişisini poliçede belirtilen hükümlere göre tayin eder. Bu husus noter eliyle diğer tarafa bildirilir. Taraflar incelemeye geçmeden üçüncü hakem bilirkişisini seçer.
- HALK SİGORTA A.Ş. anlaşmalı kurumlarında poliçe teminat kapsamı dahilindeki Ayakta ve Yatarak Tedavilerde yapılacak sağlık giderlerine ait harcamalarınız poliçe özel ve genel şartlarına uygun olarak İMECE DESTEK MERKEZİ tarafından kuruma verilecek provizyon sonrasında sigortacı tarafından doğrudan kuruma ödenecek, provizyona konu evraklar ve faturalar, ilgili kurum tarafından İMECE DESTEK MERKEZİ'ne gönderilecektir.
- Sigortalının kendi yaptığı, şirketten provizyon alınmamış sağlık harcamalarına ait giderler poliçe kapsamı dışındadır.

## F. ŞİKÂYET VE BİLGİ TALEPLERİ

- Sigortaya ilişkin her türlü bilgi talepleri ve şikayetler için aşağıda yazılı adres ve telefonlara başvuruda bulunulabilir. Sigortacı, başvurunun kendisine ulaşmasından itibaren 15 işgünü içinde talepleri cevaplandırmak zorundadır.
- Halk Sigorta A.Ş. 5684 sayılı "Sigortacılık Kanunu"nun 30. maddesinde öngörülmüş olan "Sigortacılık Tahkim Müessesesi"ne üye olduğundan, iş bu poliçeyle ilgili ihtilaf vukuunda Tahkime müracaat etme hakkınız bulunmaktadır.

## HALK SİGORTA A.Ş.

Halide Edip Adıvar Mah. Darülaceze Cad.

No: 23 Şişli / İstanbul Tel: 0212 374 73 00

Faks: 0212 314 73 64 Web: www.halksigorta.org

SİGORTA ETTİRENİN ADI-SOYADI / TARİH / İMZASI

SİGORTACI VEYA SATIŞ KANALI KAŞE / İMZA

.....

.....