

Lütfen, Başvuru Formu üzerinde yer alan tüm alanları büyük harf kullanarak okunaklı bir şekilde doldurunuz. Bu form, teklif niteliğinde değildir.

| | | |
|---------------------|--------------------------|---------------------|
| Aracı / KRY No | Seçilen Ürün / Poliçe No | Seçilen Plan |
| Teknik Personel Adı | Poliçe Başlangıç Tarihi | Poliçe Bitiş Tarihi |

Sigorta priminin tamamı veya ilk peşinat ödenmediği takdirde, sigortacının sorumluluğu başlamaz. Bu doğrultuda, poliçe başlangıç tarihi hiçbir şekilde primin tamamının veya ilk taksit tutarının ödendiği tarihten farklı olamaz.

SİGORTA ETTİREN

| | |
|---|---|
| Adı, Soyadı / Ünvanı | Vergi Dairesi No |
| Doğum Yeri / Tarihi | GSM No () |
| T.C. Kimlik/Pasp./ Yabancı Kimlik No | Telefon () E-posta |
| Adresi Ev İş | Yazışma Tercihi Ev <input type="checkbox"/> İş <input type="checkbox"/> |

SİGORTALI ADAYLARI

| | 1. Aday (Kendisi) | 2. Aday (Eşi) | 3. Aday (Çocuk) | 4. Aday (Çocuk) | 5. Aday (Çocuk) |
|---|---|---|---|---|---|
| Adı | | | | | |
| Soyadı | | | | | |
| Cinsiyet | <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> E | <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> E | <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> E | <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> E | <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> E |
| T.C. Kimlik/Pasp./ Yabancı Kimlik No | | | | | |
| Doğum Tarihi | __/__/____ | __/__/____ | __/__/____ | __/__/____ | __/__/____ |
| GSM No | | | | | |
| E-Posta | | | | | |
| Meslek | | | | | |

PRİM BİLGİLERİ (Bu bölüm, Satış Kanalı tarafından doldurulacaktır.)

| | | | | |
|---------------------------|--|--|--|--|
| Tarife Primi (TL) | | | | |
| Ek Prim (%) | | | | |
| İndirim (%) | | | | |
| Sigortalı Prim Tutarı | | | | |
| Toplam Poliçe Prim Tutarı | | | | |

Önemli Not: Bu form bir teklif niteliğinde değildir. Yukarıda hesaplanmış prim, başvuru formu ile bilgileri verilmiş tüm sigortalı adaylarının sigortalanacağı varsayımı ile fikir verme amacıyla belli ana kriterler esas alınarak örnek olarak mevzuat gereğince hesaplanmış olup; nihai tutar sigortacı tarafından yapılacak değerlendirme tespit edilerek teklif edilecektir.

ÖDEME ŞEKLİ

| | | | | |
|------------------|--------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|---|
| Prim Ödeme Aracı | <input type="checkbox"/> Kredi Kartı | <input type="checkbox"/> Blokeli | <input type="checkbox"/> Blokesiz | <input type="checkbox"/> Banka Havalesi |
|------------------|--------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|---|

| | |
|--|---|
| Sigorta Ettiren Unvan, Kaşe/Adı, Soyadı, İmza, Tarih | Satış Kanalı Unvan, Kaşe/Adı, Soyadı, İmza, Tarih |
| __/__/____ | __/__/____ |

KREDİ KARTI BİLGİLERİ (Sigorta Ettiren ile kredi kartı sahibi aynı kişi olmalıdır.)

| | | | |
|--------------------|---------------------|---------------------|---|
| Kredi Kartı Sahibi | | Kart Türü | <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> Master |
| Kredi Kartı No | ____/____/____/____ | CVV | ____ |
| Banka Adı | | Son Kullanma Tarihi | __/__/__ |

* Blokeli çekimler sadece World ve Bonus özelliği olan kartlarda yapılabilmektedir.

PRİM ÖDEME PLANI

| | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> 2 Eşit Taksit | <input type="checkbox"/> 6 Eşit Taksit | <input type="checkbox"/> ____ Eşit Taksit | Taksit ödemeleri her ayın kaçında yapılacak? ____ |
| <input type="checkbox"/> 4 Eşit Taksit | <input type="checkbox"/> 8 Eşit Taksit | <input type="checkbox"/> Peşin | |

BANKA HESAP BİLGİLERİ (Anlaşmasız kuruma başvurulması halinde tedavi masraflarının ödenilmesinin istendiği hesap) - (18 yaş üstü sigortalıların kendilerine ait banka hesap bilgileri yazılmalıdır.)

| | Hesap Sahibi | IBAN No |
|-------------------|--------------|---------|
| 1. Aday (Kendisi) | | |
| 2. Aday (Eşi) | | |
| 3. Aday (Çocuk) | | |
| 4. Aday (Çocuk) | | |
| 5. Aday (Çocuk) | | |

SİGORTA ETTİREN BEYANI

- Sigorta Ettiren olarak yazılı talimat ile aksini Sigortacı'ya bildirmediğim takdirde, bu ve bundan sonraki sigorta sözleşme dönemlerinde Başvuru Formu ile bilgilerini vermiş olduğum tüm sigortalılar için, aynı sigorta planı dahilinde yeni bir teklifnameye gerek olmaksızın Sigortacı'nın yeniden poliçe tanzim edebileceğini, hesaplanacak primlerin yukarıda bilgilerini vermiş olduğum kredi kartından tahsil edilebileceğini ve tarafımdan Acıbadem Sağlık ve Hayat Sigorta A.Ş'nin bu konuda işbu beyanla yetkilendirildiğini kabul ediyorum.
- Bu bilgiler doğrultusunda sigorta primlerinin ikinci bir talimata kadar, kredi kartımdan tahsil edilmesini, tahsil edilmemesi halinde, poliçe teslim olmuş olsa dahi Sigortacı'nın sorumluluğunun başlamayacağını biliyorum ve sözleşmenin kurulması sırasında ve Sigortacı'nın talep ettiği diğer durumlarda sigorta kapsamına alınacak bireylere ait bilgilerin tam ve doğru olduğunu taahhüt ediyorum.
- Sigorta Ettiren ile Sigortacı tarafından mutabık kalınan/ kararlaştırılan prim ödeme vadeleri kesin vade niteliğindedir. Sigorta Ettiren, kararlaştırılan prim taksitlerinin herhangi birini kararlaştırılan vade tarihinde ödemediği takdirde temerrüde düşer ve Türk Ticaret Kanunu'nun 1434. maddesi uygulanır. Sigortacı'nın, Sigorta Ettiren'in temerrüdü nedeniyle Türk Borçlar Kanunu'ndan doğan diğer hakları saklıdır.
- Yukarıda hesaplanmış primin, Başvuru Formu ile bilgileri verilmiş tüm sigortalı adaylarının sigortalanacağı varsayımı ile seçilen ürüne paralel olarak hazırlanmış olduğunu, Başvuru Formu, Sağlık Beyan Formu, ekli belgeler, raporlar, şirket kayıtları ve diğer bilgilerin değerlendirilmesi sonucunda prim ve poliçe şartlarının değişebileceğini biliyor ve kabul ediyorum.
- Başvuru Formu'nun ilgili kısımlarında bildirilen e-posta adreslerinin ve diğer iletişim bilgilerinin şahsıma ve sigortalı adaylarına ait olduğunu ve Acıbadem Sağlık ve Hayat Sigorta A.Ş. tarafından sigorta sözleşmesi ön görüşmeleri ve sigorta sözleşmesi ile ilgili tüm bilgilendirme, bildirim ve poliçenin teslimi için bu iletişim bilgilerinin kullanılabilirliğini 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.
- Poliçenin başlangıç tarihinden itibaren ilk 30 gün içerisinde yazılı olarak iptal talebinde bulunmak suretiyle, risk gerçekleşmemiş ve bu talep tarihine kadar yapılmış herhangi bir tazminat talebinin olmaması kaydıyla sigortadan cayabileceğim hususunda bilgilendirildiğimi kabul ve beyan ederim.
- Bu Başvuru Formu, yapılan bilgilendirmeye istinaden seçilen ürün doğrultusunda tarafımda doldurulmuştur.

| | |
|--|---|
| Sigorta Ettiren Unvan, Kaşe/Adı, Soyadı, İmza, Tarih | Satış Kanalı Unvan, Kaşe/Adı, Soyadı, İmza, Tarih |
| ____/____/____ | ____/____/____ |

28800 sayılı ve 23.10.2013 tarihli Resmi Gazete' de yayımlanan "Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği" gereğince;

• Sigortacının risk ve tazminat değerlendirmesi yapabilmesini teminen; sağlık sigorta sözleşmesinin kapsamını (yeniden sözleşme yapılması, risk ve tazminat değerlendirmesi, tazminat ödemesi v.b.) ilgilendiren bütün konularda ve tüm sigortalı adayları için, sigortalıyı tedavi eden kişi ve kurumlardan, Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi'nden, Sosyal Güvenlik Kurumundan ve Sağlık Bakanlığı'ndan sigorta şirket(ler)i ve/veya reasürans şirket(ler)i ve bununla sınırlı olmamak üzere diğer ilgililer ile doğrudan doğruya ya da dolaylı olarak, her türlü bilgi ve belge alışverişi yapabilmesine, kişiye özel bilgilerin öğrenilebilmesine (yanlış sigorta uygulamaları dahil) ve/veya paylaşabilmesine, ayrıca Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi'nin bu şekilde Sigorta Sözleşmeleri görüşmeleri ve sözleşme süresi içerisinde şahsım için toplayacağı her türlü bilgi ve belgenin paylaşılmasına, şahsım ve bağımlılarımın bilgilerinin elektronik ortam üzerinde birbirlerince görüntülenebilmesine muvafakat ettiğimi, adıma beyanda bulunması için Sigorta Ettiren'i yetkilendirdiğimi ve tüm bu hususlarda bilgi ve belge temin edebilmesi bakımından Acibadem Sağlık ve Hayat Sigorta A.Ş.'ye onay verdiğimi,

• 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.

| | | | |
|------------------------|---|------------------------|---|
| Sigortalı TC Kimlik No | : | Eş TC Kimlik No | : |
| Sigortalı Adı Soyadı | : | Sigortalı Adı Soyadı | : |
| Sigortalı İmzası | : | Sigortalı İmzası | : |
| Tarih | : | Tarih | : |
| Çocuk 18+ TC Kimlik No | : | Çocuk 18+ TC Kimlik No | : |
| Sigortalı Adı Soyadı | : | Sigortalı Adı Soyadı | : |
| Sigortalı İmzası | : | Sigortalı İmzası | : |
| Tarih | : | Tarih | : |
| Çocuk 18+ TC Kimlik No | : | Çocuk 18+ TC Kimlik No | : |
| Sigortalı Adı Soyadı | : | Sigortalı Adı Soyadı | : |
| Sigortalı İmzası | : | Sigortalı İmzası | : |
| Tarih | : | Tarih | : |

Not:

İlgili Yönetmelik için : <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/10/20131023-1.htm>