

1- AİLE HAKKINDA BİLGİ

A- AİLENİZDE	Hayatta ise		Vefat Etmişse	
	Yaş	Sağlık Durumu*	Yaş	Vefat Nedeni
BABANIZ				
ANNENİZ				
ERKEK KARDEŞ (ADET)				
KIZ KARDEŞ (ADET)				
EŞİNİZ				

* Sağlıklı ya da hasta olarak bildirilebilir. Hasta olarak bildirilmesi durumunda açıklama yazılması gerekmektedir.

B- Aile bireylerinizden herhangi birinde (anne baba ya da kardeş) aşağıdaki rahatsızlıklardan biri varmı?

	Evet	Hayır	Cevabınızın evet olması durumunda açıklayıcı bilgi yazmanızı rica ederiz.
1- Kalp hastalığı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2- Yüksek tansiyon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3- Diabet (şeker hastalığı)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4- Kanser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5- Doğumsal - kalıtsal (kojenital) hastalıklar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6- Nörolojik ya da psikiyatrik rahatsızlıklar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7- Böbrek rahatsızlıkları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8- Hemofili	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9- Musküler distrofi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10 Diğer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

SİGORTA DURUMUNUZ İLE İLGİLİ BİLGİ

A- Özel koşullar altında kabul edilen ya da reddedilen bir Hayat, Kaza ya da Sağlık Sigortası başvurunuz var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B- Şirketimiz ya da başka bir şirkette henüz yanıtlanmamış bir Hayat, Kaza ya da Sağlık Sigortası başvurunuz var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C- Daha önceden iptal edilen ya da yenilenmeyen bir Hayat, Kaza ya da Sağlık Sigortası başvurunuz var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D- Başka bir hayat sigortanız var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TEHLİKELİ SPORLAR

A- Aşağıdaki tehlikeli spor ya da hobilerden herhangi biriyle uğraşıyor musunuz? Ya da uğraşmayı düşünüyor musunuz?		
1- Pilotluk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- Solunum cihazlarıyla dalma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- Otomobil sporları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- Motorsiklet sporları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- Paraşütçülük	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- Dağcılık	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7- Süzülerek uçuş (Parapant, Delta)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8- Pervaneli uçak pilotluğu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9- Diğer tehlikeli hobiler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B- Bu sporları profesyonel olarak yapıyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



YAŞAM BİÇİMİ

	Evet	Hayır	Cevabınızın evet olması durumunda açıklayıcı bilgi yazmanızı rica ederiz.
a- Sigara kullanıyorsunuzuz ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b- Alkol kullanıyorsunuzuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c- Uyuşturucu olarak kabul edilen maddeleri kullanıyorsunuzuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d- Haftada 40 saatten fazla çalışıyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e- Günde 6 saatten az uyuyorsunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

SAĞLIK DURUMUNUZ (Bildiğiniz kadarıyla)

A- Bugüne kadar aşağıdaki hastalıklardan ya da semptomlardan herhangi biri ile ilgili tedavi - ameliyat - ameliyatsız tedavi gördünüz mü? Bunlarla ilgili test ya da girişim yapıldı mı? ya da bunlarla ilgili vücudunuzda herhangi bir belirti - bozukluk - ağrı hissettiniz mi / hissediyorsunuz?

1- Kalp hastalığı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- Yüksek tansiyon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- Diabet (şeker hastalığı)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- Kanser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- Doğumsal - kalıtsal (kojenital) hastalıklar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- Nörolojik ya da psikiyatrik rahatsızlıklar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7- Romatizma ve ateş	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8- Böbrek rahatsızlığı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9- Felç (inme)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10- Sindirim sistemi hastalıkları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11- Solunum sistemi bozuklukları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12- Endokrin (Hormonal bozukluklar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13- Deri ya da lenf bezi hastalıkları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14- AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15- Sırt ve bel ile ilgili hastalıklar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16- Diğer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bugüne kadar herhangi bir kaza geçirdiniz mi?

Tarih, kalan izler

Yukarıdaki sorulara gerçeğe uygun, tam ve doğru olarak cevap verdiğimi beyan ederim.

SİGORTALI ADAYININ

TARİH

ADI SOYADI :

İMZASI :

Bu formu eksiksiz olarak doldurulup imzalayarak **0216 454 05 45** numaralı faksımıza göndermenizi rica ederiz.

Fortis Emeklilik ve Hayat A.Ş.

Eski Büyükdere Caddesi Tekfen Tower No: 209 4.Levent 34394 İstanbul Telefon: (0212) 319 32 00 Faks: (0212) 357 00 90 Müşteri Yönetim Merkezi: 444 43 23