

**1 - AİLE HAKKINDA BİLGİ**

A- AİLENİZDE	Hayatta ise		Vefat Etmiş ise	
	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 bireylerinden herhangi birinde (anne, baba ya da kardeş) aşağıdaki rahatsızlıklardan biri var mı?**

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

**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"/>	<input type="text"/>
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"/>	<input type="text"/>
C- Daha önceden iptal edilen ya da yenilenmeyen bir Hayat, Kaza ya da Sağlık Sigortası başvurunuz var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
D- Başka bir hayat sigortanız var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

**TEHLİKELİ SPORLAR**

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



# BNP PARIBAS CARDIF EMEKLİLİK

## YAŞAM BİÇİMİ

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

## 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 / hissediyor musunuz?

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

Tarih, kalan izler

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

## SİGORTALI ADAYININ

Adı Soyadı :

Tarih :

İmza :

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