



## Sigortalı Sağlık Bilgileri

1

Şu an itibariyle bir sağlık probleminiz, deformasyona uğrayan veya eksik olan bir uzvunuz ya da nörolojik bir rahatsızlığınız var mı?

2

Aşağıdaki hastalıklardan herhangi birini geçirdiniz mi ya da şu anda geçirmekte misiniz?

- ☐ Dolaşım sistemi hastalıkları (örneğin kalp rahatsızlığı, kalbe sirayet etmiş romatizma veya eklem romatizması, yüksek tansiyon, atar damar veya toplar damar hastalıkları)
- ☐ Solunum sistemi hastalıkları (örneğin bronşit, amfizem, nefes darlığı, verem, astım, devamı öksürük, zatürre)
- ☐ Genitoüriner sistem hastalıkları (örneğin nefrit, böbrek, üriner ya da genital organ enfeksiyonları, gut hastalığı, böbrek taşı, zührevi hastalıklar)
  - ☐ Böbrek taşı
  - ☐ Diğer
- ☐ Sindirim sistemi hastalıkları (örneğin sindirim bozuklukları, mide yada oniki parmak bağırsağı ülseri, sarılık, hepatit b, hepatiti c yada diğer karaciğer rahatsızlıkları, safra kesesi rahatsızlıkları)
  - ☐ Taş sebebi ile safra kesesi alındı
  - ☐ Diğer
- ☐ Sinir sistemi hastalıkları ya da ruhsal bozukluklar (örneğin epilepsi, kriz yada bayılma atakları, sık görülen baş ağrıları, sinir krizi)
- ☐ Diyabet, kanser ya da herhangi bir kan, dalak, kulaki göz, cilt veya tiroid gibi bez hastalıkları
- ☐ Açıklanamayan gece terlemesi ve/veya kilo kaybı, sürekli ateş, kronik ya da tekrarlayan ishal, açıklanamayan iltihap veya şişmiş bezler

Yukarıda yer almayan herhangi bir diğer hastalık ya da rahatsızlıklar

3

Daha önce hiç hastane tedavisi geçirdiniz mi, ameliyat oldunuz mu yada hastane tedavisi veya ameliyat önerildi mi?

4

Daha önce hiç aids ya da aids ile ilişkili bir durumla ilgili kan testi yaptırdınız mı ya da yaptırmanız önerildi mi? Hiç kn donörü olarak reddedildiniz mi?



## Sigortalı Sağlık Bilgileri

- 5 Son beş yıl içinde kontroller ve kan testleri de dahil olmak üzere, herhangi bir sebeple doktora başvurduğunuz mu?
- 6 Son beş yıl içinde size kan nakli yapıldı mı?
- 7 Daha önce hiç maluliyet ödemesi aldınız mı ya da şu anda almakta mısınız?
- 8 Geçici veya kalıcı felç, çift görme, tam veya kısmi görme kaybı, yürüme, denge, duyu, konuşma bozukluğu veya şuur değişiklikleri gibi şikayetleriniz oldu mu?
- 9 Herhangi bir organ veya doku nakli yapıldı mı?
- 10 Yukarıda yer alan hastalıklara benzer ya da bunlarla ilgili bir hastalık geçirmiş olan ve kan bağınız bulunan akrabanız var mı? (lütfen tüm detayları belirtiniz)
- 11 Daha önce reddedilen, ertelenen ya da ekstra primle kabul edilen herhangi bir hayat, emeklilik, sağlık ya da ferdi kaza sigortası başvurunuz ya da yenileme talebiniz oldu mu?
- 12 Son 12 ay içerisinde sağlık gerekçesi ile 10 günden fazla işe devamsızlık yaptınız mı veya işten izin aldınız mı?



## Ön Değerlendirme

**Yeni Teminat Bilgilendirme ve Onay**