

# GRUP SAĞLIK BAŞVURU FORMU

## GENEL YAŞAM

Lütfen bu formdaki tüm bilgilerin eksiksiz olarak doldurulduğundan emin olunuz.

SİGORTA ETTİREN FİRMA ADI	GN. MD.BULUNDUĞU İL	SEÇİLEN PLAN / PROGRAM	KATEGORİ
---------------------------	---------------------	------------------------	----------

### SİGORTALI BİLGİLERİ

ADI SOYADI	İŞE GİRİŞ TARİHİ	P. BAŞLANGIÇ TARİHİ	VERGİ KİMLİK NO	VATANDAŞLIK NO
YAZIŞMA ADRESİ	İŞ TEL: EV TEL:		GSM:	
	E-POSTA:		FAX:	

### TAZMİNAT ÖDEMELERİNİZ İÇİN BANKA ADI / ŞUBE ADI / HESAP NO :

BANKA ADI/ŞUBE ADI	İL	HESAP ADI, SOYADI	HESAP NO/KREDİ KARTI NO	K.KARTI CVV NO
--------------------	----	-------------------	-------------------------	----------------

### SAĞLIK SİGORTASI KAPSAMINA ALINACAK PERSONEL VE AİLE BİREYLERİNİN

YAKINLIK DERECESİ	ADI, SOYADI	DOĞUM T.	CİNSİYET	BOY (cm)/KİLO	KAN GRUBU	EĞİTİM DURUMU	M. HALİ	V. KİMLİK NO.
PERSONEL								
RISK ANALİZİ*								
EŞ								
RISK ANALİZİ*								
1. ÇOCUK								
RISK ANALİZİ*								
2. ÇOCUK								
RISK ANALİZİ*								
3. ÇOCUK								
RISK ANALİZİ*								
4. ÇOCUK								
RISK ANALİZİ*								
DİĞER .....								
RISK ANALİZİ*								

\* RISK ANALİZİ BÖLÜMLERİ GENEL YAŞAM SİGORTA A.Ş. TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR.

