

MUVAFKATNAME

Tarih: .../.../.....

.../.../..... tarihinde prim borcu sebebi ile iptal olan/iptal ettirdiğim Tamamlayıcı Sağlık Sigortası poliçemin, .../.../..... tarihi itibarı ile tekrar yürürlüğe alınmasını rica ederim.

Sigortalı	Adı Soyadı	Sağlık durumunda herhangi bir değişiklik söz konusu mu? İki tarih arasında sağlık harcaması söz konusu mu? Yanıt evet ise detay açıklaması gerekmektedir.	Açıklama
1. Kendisi		☐ Evet ☐ Hayır	
2. Eşi		☐ Evet ☐ Hayır	
3. Çocuk		☐ Evet ☐ Hayır	
4. Çocuk		☐ Evet ☐ Hayır	
5. Çocuk		☐ Evet ☐ Hayır	

Poliçemin tekrar yürürlüğe alınması talebimin; poliçemin yürürlükte olmadığı dönemdeki prim borcumun ödenmesi ve Zurich Yaşam ve Emeklilik A.Ş. ("Şirket" ve/veya "Sigortacı") tarafından kabul edilmesi ön şartlarının yerine getirilmesine bağlı olacağını, söz konusu şartların gerçekleşmesi halinde, kararlaştırılan ödeme planına uyacağımı kabul, beyan ve taahhüt ederim. Sağlık durumum ile ilgili meriyet talebimin şirketçe kabul edilip poliçemin yürürlüğe alınmasını etkileyecek, Şirket tarafından bilinmesi gereken herhangi bir hususu ben ve bağımlılarım adına gizlemediğimi, yanlış veya eksik beyanda bulunmadığımı, verdiğim bilgilerin doğru olduğunu, aksi takdirde ortaya çıkabilecek anlaşmazlıklarda Şirket'in herhangi bir sorumluluk altına girmeyeceğini kabul, beyan ve taahhüt ederim.

Şirket'in 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 sigortalılar 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 Sigorta Ettiren ve Sigorta Ettiren tarafından Şirket'e bildirilen kişi/ ya da kişiler, sigorta sözleşmesine aracılık eden acente/broker personeli ve Sigorta Ettiren'in İnsan Kaynakları Departmanında görevli veya Sigorta Ettiren'in sigortacılık işlemlerini yürütmekle görevli departmanda çalışan personel ile doğrudan doğruya ya da dolaylı olarak, her türlü bilgi ve belge alışverişi yapabilmesine, kişiye özel bilgilerin öğrenilmesine(yanlış sigorta uygulamaları dahil) ve/veya paylaşılmasına, ayrıca Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi'nin bu şekilde Sigorta Sözleşmeleri ve sözleşme süresi içerisinde şahsım için toplayacağı her türlü bilgi ve belgenin paylaşılmasına, şahsım ve bağımlılarımın bilgilerinin elektronik ortam üzerinde birbirlerince görüntülenebilmesine, muvafakat ettiğimi ve tüm bu hususlarda bilgi ve belge temin edebilmesi bakımından Şirket'e yetki verdiğimi kabul, beyan ve taahhüt ederim.

Poliçemin yürürlükte bulunmadığı .../... /..... tarihi ile .../... /..... arasında gerçekleşen tazminatlar için Şirket'ten kendim ve poliçemde mevcut bağımlılarıma ilişkin tazminat ödeme talebinde bulunmayacağımı kabul, beyan ve taahhüt ederim.

Bu formda yer alan sağlık beyanımda veya tıbbi bir müdahaleyi gerektiren durumlarda verdiğim tüm cevapların doğru ve tam olduğunu, söz konusu tüm bu bilgilerin Şirket tarafından kabul görmesi halinde yürürlükte bir Sigorta Sözleşmesi'nin oluşacağını, cevapların eksik ve/veya hatalı olması halinde bunun tüm hukuki sonuçlarını çekişmesiz kabul ettiğimi beyan ve taahhüt ederim.

Poliçenize iptal zeyili düzenlendiği günden itibaren 30 gün içerisinde başvuru yapılması halinde meriyet talepleri Şirket tarafından değerlendirmeye alınır. Söz konusu 30 günlük sürenin bitiminden sonra sunulan meriyet talepleri işleme alınmayacaktır.

Sigortalı (Kendisi) TC Kimlik No:

Sigortalı Adı Soyadı :

Sigortalı İmzası / Tarih :

Eş TC Kimlik No :

Sigortalı Adı Soyadı :

Sigortalı İmzası / Tarih :

Çocuk 18+ TC Kimlik No :

Sigortalı Adı Soyadı :

Sigortalı İmzası / Tarih :

Çocuk 18+ TC Kimlik No :

Sigortalı Adı Soyadı :

Sigortalı İmzası / Tarih :

Çocuk 18+ TC Kimlik No :

Sigortalı Adı Soyadı :

Sigortalı İmzası / Tarih :