

Bu form sigortalanacak kişi tarafından doldurulmalıdır.

Ad / Soyad :.....

Doğum Tarihi :.....

Meslek :.....

TCKN :.....

Lütfen Hayat Sigortası başvurunuzun tamamlanabilmesi için aşağıdaki soruları cevaplayınız.

1. Son 6 ay içinde,
i.COVID-19 nedeniyle semptomlar olmadan kendi kendini izole etmeniz (karantina) (örnek. temaslı izleme amaçlı) önerildi mi (evde kalmaya yönelik zorunlu hükümet emirleri hariç) veya sonucu pozitif bir COVID-19 antikor testi (vücudun ürettiği bağışıklık tepkisi için bir test) sonucunuz oldu mu?

Evet

Hayır

- ii. COVID-19 olduğundan şüphelenilen veya pozitif olan biriyle temas ettiniz mi?

Evet

Hayır

- iii. bir seyahat sonrası kendinizi zorunlu veya bir sağlık görevlisi/kuruluşu tarafından tıbbi tavsiye üzerine izole etmek (karantina) zorunda kaldınız mı?

Evet

Hayır

Yukarıdaki sorulardan en az birine Cevabınız, Evet ise, lütfen açıklayınız;

.....
.....

2. COVID-19 semptomlarınız oldu mu (örn. İnatçı ve sürekli öksürük, nefes darlığı veya ateş, halsizlik, baş ağrısı vb.) veya profesyonel bir sağlık görevlisi/kuruluşu tarafından tıbbi tavsiye üzerine göstermiş olduğunuz semptomlar kapsamında kendinizi izole (karantina) ettiniz mi?

Evet

Hayır

Cevabınız Evet ise, lütfen açıklayınız;

.....

3. Son 6 ay içinde, sonucu “pozitif” olan COVID-19 test sonucunuz oldu mu? Eğer öyleyse, Bu ne zamandı?

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

Bu kapsamda hastanede tedavi görmenizi gerektiren bir durum oldu mu?

Evet

Hayır

Eğer hastane de tedavi görülmesi gereken bir durumunuz olduysa, “Yoğun Bakımda” ve “Yoğun Tedavi” ünitesinde kalmanız gereken bir durum oldu mu?

Evet

Hayır

Evet ise, bu kapsamda vantilatör desteğine ihtiyaç duyuldu mu?

Evet

Hayır

Yukarıdaki sorulardan birine Cevabınız, Evet ise, lütfen açıklayınız;

.....

.....

3.maddeye ait yukarıdaki soruların en az birine Cevabınız Evet ise, tam olarak iyileştiniz mi? Devam eden semptomlar, yan etkiler, komplikasyonlar veya kısıtlamalar olmadan (örn. nefes veya yorgunluk) günlük rutin yaşantınızı sürdürebiliyor musunuz? (Bu kapsamda elinizdeki en son tarihli Covid test sonucu ve doktor raporlarını ayrıca iletmenizi rica ederiz.)

Evet

Hayır

Cevabınız, Hayır ise, lütfen açıklayınız;

.....

.....

Yukarıdaki tüm soruları doğru ve eksiksiz olarak cevapladığımı beyan eder ve bu formun/...../..... tarihinde BNP Paribas Cardif Emeklilik ile yapılan sözleşmenin bir parçası olduğunu kabul ederim.

Tarih / Sigortalı İmzası