

## SİGORTALI DEĞİŞİKLİĞİ FORMU

### SİGORTA ETTİREN TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR.

Police No:

Sigortalı Adı Soyadı:

Yukarıda numarası yazılı poliçemdeki mevcut sigortalının yerine aşağıda bilgileri bulunan kişinin sigortalı olarak atanmasını istiyorum. Gereğinin yapılmasını rica ederim.

#### Sigortalı Adayının;

Adı Soyadı:

Doğum Tarihi:

Doğum Yeri:

T.C. Kimlik No:

Meslek:

Görev:

#### Sigorta Ettirenin;

Yazışma Adresi :

ikamet (UAVT)

iş

ikamet (UAVT) Adresi:

Posta Kodu:

İş Adresi:

Posta Kodu:

ikamet

iş

Cep

Telefon No:

Fax No:

E-posta:

@

Poliçe süresi içinde, seçtiğim yazışma seçeneğinin yanında, Ulusal Adres Veri Tabanı (UAVT) adresimin de Axa Hayat ve Emeklilik A.Ş. tarafından kullanılmasına izin veriyorum.

SİGORTA ETTİREN

ADI SOYADI : .....

TARİH (\*): ...../...../.....

TALEP GEÇERLİLİK TARİHİ : ...../...../.....

İMZA:

(\* ) Formun Doldurulduğu Tarihtir.

### SİGORTALI ADAYININ SAĞLIK, AKTİVİTE VE MESLEK BEYANI

1- Sağlığa bağlı sebeplerle reddedilmiş, ertelenmiş veya sür primle kabul edilmiş, ya da muafiyet uygulanmış bir hayat veya kritik hastalıklar başvurunuz oldu mu? (Cevap evet ise, ayrıntılı bilgi verilmeli ve varsa son durum raporları forma(\*) eklenmelidir.)

Evet

Hayır

2- Almakta olduğunuz bir maluliyet maaşı veya çalışmanızı etkileyen bir engeliniz bulunuyor mu, ya da daha önce maluliyet, kaza, tıbbi bakım ve/veya kritik hastalıklar için tazminat başvurusunda bulundunuz mu? (Cevap evet ise, ayrıntılı bilgi verilmeli ve varsa son durum raporları forma(\*) eklenmelidir.)

Evet

Hayır

3- Mesleğiniz gereği herhangi bir yüksek riske maruz musunuz ya da havacılık, serbest paraşüt, paraşütle atlama, yelken kanat sporu, motor sporları, dalış, tırmanma, mağara kaşifliği veya diğer tehlikeli spor aktivitelerinden herhangi birini yapma niyetiniz bulunuyor mu? (Cevap evet ise ayrıntılı bilgi verilmeli ve varsa son durum raporları forma (\*) eklenmelidir.)

Evet

Hayır

4- Aşağıdaki durumlardan herhangi biri için doktor görüş aldınız mı veya tedavi gördünüz mü? (Cevap evet ise, ayrıntılı bilgi verilmeli ve varsa son durum raporları forma(\*) eklenmelidir.)

Evet

Hayır

Göğüs ağrısı, yüksek tansiyon, kalp krizi, inme, diyabet, herhangi bir kalp ve kan bozuklukları veya damar hastalıkları

Kanser, melanom, tümör veya herhangi bir büyüme belirtisi

Gastrointestinal, genitoüriner, solunum, kulak, göz, epilepsi, nörolojik, psikiyatrik, böbrek, karaciğer, metabolik veya endokrinle ilgili bozukluklar

Eklem, uzuv veya kemikle ilgili bozukluklar, otoimmün hastalıklar, bulaşıcı hastalıklar

Hepatit B veya C, HIV, Lyme Hastalığı, tüberküloz, alkol veya madde bağımlılığı

5- Şu anda herhangi bir hastalık sebebiyle almakta olduğunuz, almayı düşündüğünüz veya almanız önerilen herhangi bir tıbbi tedavi bulunuyor mu ya da sonuçlarını beklediğiniz herhangi bir test/araştırma var mı? (Cevap evet ise, ayrıntılı bilgi verilmeli ve varsa son durum raporları forma(\*) eklenmelidir.)

Evet

Hayır

6- Belirtilmiş olan rahatsızlıklar dışında doktora veya farklı bir sağlık uzmanına göründünüz mü, ya da 7 günden uzun süren başka bir rahatsızlık sebebiyle (grip ve soğuk algınlığı dışında) ilaç tedavisi gördünüz mü? (Cevap evet ise ayrıntılı bilgi verilmeli ve varsa son durum raporları forma (\*) eklenmelidir.)

Evet

Hayır

7- Sigortalı son 1 yıldır Sigara / Elektronik Sigara / Tütün ürünleri, vs. ve/veya alkol kullanıyor mu? (Cevap evet ise kullanım yılı ile birlikte günlük sigara kullanım adedi ve/veya haftalık alkol kullanım miktarı belirtilmelidir.)

Sigara / Elektronik Sigara / Tütün ürünleri, vs.  Evet (.....yıl.....adet/gün)

Hayır

Alkol

Evet (.....yıl.....kadeh/hafta)

Hayır

8- Sorular arasında yer almamakla birlikte sigortacı açısından sigorta sözleşmesinin yapılması sırasında beyan edilmesi gereken başka bir husus var ise lütfen belirtiniz. (Cevap evet ise ayrıntılı bilgi verilmeli ve varsa son durum raporları forma (\*) eklenmelidir.)

(\*) Verilecek son durum raporları bu başvuru formunun ayrılmaz bir parçası olacaktır.

**Lehtar değişikliği için aşağıdaki bölüm Sigorta Ettiren tarafından doldurulacaktır.**

Vefat Tazminatının kime ödenmesini istersiniz? (Sigorta Ettiren sadece sigortalı ile farklı ise seçilebilir)

Sigortalının Kanuni Varisi

Sigorta Ettiren

Lehtar

Lehtar Adı Soyadı	TC Kimlik No	Sigortalı ile yakınlık ve / veya menfaat ilişkisi	Pay (%)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

\*\*\*5549 sayılı Suç Gelirlerinin Aklanmasının Önlenmesi Hakkında Kanun uyarınca hayat sigortası poliçelerinde sigorta ettirenin kimlik tespiti zorunludur. Kimlikte yer alan bilgilerin belgeler ile teyidi ise yıllık prim tutarı 3000 TL (18/03/2016 tarihinden önce tanzim edilen poliçeler için yıllık prim tutarı 2000 TL'dir.) ve üzerinde olan poliçelerde yapılmalıdır. Adres bilgileri UAVT ve sigorta ettirenin beyan ettiği son 3 aylık abonelik gerektiren fatura vb. üzerinden tespit edilerek sisteme kaydedilmelidir. Adres bilgilerinin belgeler ile teyidi tazminat tutarı 20.000 TL ve üzerinde olan poliçeler için gereklidir.

Bu formun ekinde aşağıdaki evrak gönderilmelidir.

- Gerçek kişiler (Şahıslar) için; kimlik fotokopisi (üzerine iş, meslek, ikamet/iş adresi, telefon/faks numarası, e-posta adresi yazılıp imzalanmalıdır.), ticaret siciline kayıtlı tüzel kişiler için (Firmalar) ticaret sicil gazetesi/faaliyet belgesi, vergi levhası fotokopisi (üzerine telefon/faks numarası, e-posta adresi yazılıp imzalanmalıdır.)
- Yıllık prim tutarı 3.000 TL ve üzerinde olan poliçelerde iletilecek kimlik fotokopisine ek olarak sigorta ettiren adına kayıtlı son 3 aya ait bir fatura (doğalgaz, elektrik, su vs.) ya da ikametgah belgesi

- Hayat / Ferdi Kaza Sigortası sözleşmesinin kurulması ve ifası için; burada paylaşmış olduğum kişisel / özel nitelikli kişisel verilerimin işlenmesine 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu çerçevesinde onay veriyorum.
- Ticari elektronik ileti almak için 6563 sayılı Elektronik Ticaretin Düzenlenmesi Hakkında Kanun ve sair mevzuat çerçevesinde onay veriyorum.
- İş bu talep formu kapsamında Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamındaki haklarım ve veri işleme süreçlerine ilişkin bilgilendirme yapılmış olduğunu ve ayrıca bu bilgilendirmelere AXA Hayat Emeklilik kurumsal internet sayfasında yer alan "Aydınlatma Bildirimi" bölümünden, çağrı merkezi ile (0850) 250 99 99 numaradan iletişime geçerek ya da [kisiselverikoruma@axasigorta.com.tr](mailto:kisiselverikoruma@axasigorta.com.tr) adresine elektronik posta göndererek ulaşabileceğim konusunda bilgilendiğimi beyan ederim.

SİGORTA ETTİREN	SİGORTALI
ADI SOYADI : ..... TARİH (*) : ...../...../..... TALEP GEÇERLİLİK TARİHİ : ...../...../..... İMZA: (* ) Formun Doldurulduğu Tarihtir.	ADI SOYADI : ..... TARİH (*) : ...../...../..... İMZA: (* ) Formun Doldurulduğu Tarihtir.

**AXA HAYAT VE EMEKLİLİK A.Ş. HAYAT EMEKLİLİK OPERASYON MERKEZİ**  
Medis-i Mebusan Cad. No.15 34433 - İstanbul, Türkiye  
Tel: 0 850 250 99 99 Fax: 212 293 58 68 E-Posta:hayat@axasigorta.com.tr [www.axahayatemeklilik.com.tr](http://www.axahayatemeklilik.com.tr)  
Ticaret Sicil No:328116 Büyük Mükellefler V.D.0920000019 Mersis No: 0092000001900012