

TEMİNAT VE TEMİNAT TUTARI DEĞİŞİKLİK FORMU

Police No:

Firma Unvanı*:

TC Kimlik No:

Adı Soyadı:

Doğum Tarihi:

Doğum Yeri:

Vergi Kimlik No:

Meslek:

Görev:

Yazışma Adresi :

İkamet (UAVT)

İş

İkamet (UAVT) Adresi:

Posta Kodu:

İş Adresi:

Posta Kodu:

İkamet

İş

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.

1- Şirketimizde kayıtlı başka poliçeniz var mı?

Evet (*)

Hayır

(*) Cevabınız Evet ise lütfen poliçe numaralarını yazınız.

2- Poliçenizin teminat ve/veya teminat tutarını değiştirmek istiyor musunuz?

Evet

Hayır

(*): Sigorta Ettirenin Tüzel Kişi olduğu durumda doldurulacaktır.

NOT: Form Sigorta Ettiren Tarafından Doldurulmalıdır.

Cevabınız Evet ise;

TEMİNAT EKLEME / ÇIKARMA *(Ferdî Kaza ve Yıllık Hayat ürünleri için geçerlidir.)*

- | | | |
|-------------------------------|--------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Ekle | <input type="checkbox"/> Çıkar | Kaza Sonucu Vefat <i>(Ferdî Kaza ürününde zorunlu teminattır. Çıkarılamaz)</i> |
| <input type="checkbox"/> Ekle | <input type="checkbox"/> Çıkar | Kaza Sonucu Daimi Maluliyet <i>(Ferdî Kaza ürününde zorunlu teminattır. Çıkarılamaz)</i> |
| <input type="checkbox"/> Ekle | <input type="checkbox"/> Çıkar | Hastalık Sonucu Tam ve Daimi Maluliyet |
| <input type="checkbox"/> Ekle | <input type="checkbox"/> Çıkar | Kaza Sonucu Tedavi Masrafları |
| <input type="checkbox"/> Ekle | <input type="checkbox"/> Çıkar | Kaza Sonucu Hastane Gündelik Tazminatı |

TEMİNAT BEDELİ DEĞİŞİKLİĞİ *(Ferdî Kaza ve Yıllık Hayat ürünleri için geçerlidir.)*

Talep Edilen Teminat Tutarı (*)

Vefat

Kaza Sonucu Vefat

Kaza Sonucu Daimi Maluliyet

Hastalık Sonucu Tam ve Daimi Maluliyet

Kaza Sonucu Tedavi Masrafları

Kaza Sonucu Hastane Gündelik Tazminatı

- (*)
- 1. Hastalık Sonucu Tam ve Daimi Maluliyet teminatı Vefat teminatının %25'ini ve 100.000 TL' yi geçemez.*
 - 2. Kaza Sonucu Vefat teminatı maksimum vefat teminatı kadar olabilir.*
 - 3. Kaza Sonucu Daimi Maluliyet teminatı vefat teminatının 2 katından fazla olamaz. (Ferdî Kaza branşında iki teminat birbirine eşit olarak verilmektedir.)*

SİGORTALININ 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 başvurusu 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 görüldünüz 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.

*****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.

- 1) 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.)
- 2) 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 adresine elektronik posta göndererek ulaşabileceğim konusunda bilgilendiğimi beyan ederim.

SİGORTA ETTİREN

ADI SOYADI :
TARİH (*):/...../.....

İMZA:

(*) Formun Doldurulduğu Tarihtir.

SİGORTALI

ADI SOYADI :
TARİH (*):/...../.....

Formda yer alan sağlık, aktivite ve meslek beyanı tarafımdan doldurulmuştur.

İMZA:

(*) Formun Doldurulduğu Tarihtir.

AXA HAYAT VE EMEKLİLİK A.Ş. HAYAT EMEKLİLİK OPERASYON MERKEZİ
Meclis-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
Ticaret Sicil No:328116 Büyük Mükellefler V.D.0920000019 Mersis No: 0092000001900012