

PRİM DEĞİŞİKLİK FORMU

Police No:

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:

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. Poliçenizin aylık prim tutarını değiştirmek istiyor musunuz? (Birikimli poliçeler için geçerlidir.)

Evet prim tutarını/...../ tarihinden itibaren aylık (*) olarak değiştirmek istiyorum.
(*)Bir aylık prim tutarını belirtiniz.

Hayır, prim tutarını değiştirmek istemiyorum.

2. Poliçenizde Prim Ödeme Dönemi / Ödeme Planı Değişikliği istiyor musunuz? Evet Hayır

Birikimli Poliçelerde Prim Ödeme Dönemleri

Aylık 3 Aylık 6 Aylık Yıllık

Birikimsiz Yıllık Hayat Poliçelerde Ödeme Planları

Peşin %25 Peşin +5 Eşit Taksit

3. Ödeme Aracı değişikliği yapmak istiyor musunuz? Evet Hayır

Cevabınız Evet ise; Prim ödeme şeklini belirtiniz. Kredi Kartı Havale

Cevabınız Kredi Kartı ise; Asıl Kart Ek Kart

ASIL KART OLMASI HALİNDE;

Kredi Kartı ile ödeme seçeneği için lütfen aşağıda yer alan soruları eksiksiz olarak cevaplayınız.

Kart Sahibi Adı / Soyadı

Kart Sahibinin TC Kimlik Numarası

Kredi kartı numaranızın ilk 6 son 4 hanesini girmenizi rica ederiz.

Kredi Kart No /

İstenen Çekim Günü (Gün)

EK KART OLMASI HALİNDE;

Kart Sahibi Adı / Soyadı

Kart Sahibinin TC Kimlik Numarası

Kredi kartı numaranızın ilk 6 son 4 hanesini girmenizi rica ederiz.

Kredi Kart No

İstenen Çekim Günü (Gün)

Ek kart sahibi iseniz, ek kart bilgilerinizle birlikte asıl kart sahibinin TCKN bilgisi alanını da doldurmanızı rica ederiz.

Axa Hayat ve Emeklilik A.Ş. kredi kartı işlemlerini, Kredi Kartı Sektörü Veri Güvenlik Standardı (PCI DSS) çerçevesinde güvenli ödeme hizmeti veren sertifikalı iş ortakları aracılığıyla gerçekleştirmekte olup, kredi kartı bilgileriniz ilgili sigorta/emeklilik sözleşmesine ilişkin ödeme işlemlerinin gerektirdiği süre ile sınırlı olarak işlenmekte, sonrasında hiçbir ortamda tutulmamakta/saklanmamaktadır.

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 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.

*****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 | SİGORTALI |
|---|---|
| ADI SOYADI : TARİH (*):/...../..... İMZA: (*) Formun Doldurulduğu Tarihtir. | 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