

## SÜRE UZATIM BİLDİRİM FORMU

Police No:	<input type="text"/>		
Firma Unvanı:	<input type="text"/>		
TC Kimlik No:	<input type="text"/>		
Adı Soyadı:	<input type="text"/>		
Doğum Tarihi:	<input type="text"/>		
Doğum Yeri:	<input type="text"/>		
Vergi Kimlik No:	<input type="text"/>		
Meslek:	<input type="text"/>	Görev:	<input type="text"/>
Yazışma Adresi :	<input type="checkbox"/> İkamet (UAVT)	<input type="checkbox"/> İş	
İkamet (UAVT) Adresi:	<input type="text"/>		
Posta Kodu:	<input type="text"/>		
İş Adresi:	<input type="text"/>		
Posta Kodu:	<input type="text"/>		
Telefon No:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fax No:	<input type="text"/>		
E-posta:	<input type="text"/>	@	<input type="text"/>

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

Uzatılmak İstenen Süre:  1 yıl  2 yıl  3 yıl  4 yıl  5 yıl

Süre Uzatımı Sonrası Prim Ödemesi Yapılacak mı ?  Hayır - Prim Ödemesiz

Evet -Prim Ödemeli

**NOT: Süre uzatım formu; poliçe bitiş tarihine kadar geçerlidir. Poliçe süresi tamamlandıktan sonra, yasal mevzuat gereği stopaj tutarı ilgili vergi dairesine ödendiği için, süre uzatım talebiniz gerçekleştirilemeyecektir.**

**Süre uzatımının prim ödemeli seçilmesi durumunda;**

Poliçenizin aylık prim tutarını değiştirmek istiyor musunuz?

- Evet, primlerimi ..../...../ ..... tarihinden itibaren aylık (\*) prim tutarı ile ödemek istiyorum.
- Hayır, primlerimi değiştirmek istemiyorum.

Poliçenizde prim ödeme dönemi değişikliği istiyor musunuz?  Evet  Hayır

- Aylık  3 Aylık  6 Aylık  Yıllık

### 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](mailto: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](mailto: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