

BİLGİ DEĞİŞİKLİĞİ FORMU

Poliçe No:

Firma Unvanı*:

T.C. Kimlik No:

Adı Soyadı:

Doğum Tarihi:

Doğum Yeri:

Vergi Kimlik No:

Meslek:

Görev:

Yazışma Adresi:

ikamet (UAVT)

iş

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.

Değişiklik Yapılacak Kişinin Poliçedeki Rolü

Sigorta Ettiren

Sigortalı

Lehtar

* Sigorta Ettirenin Tüzel Kişi olduğu durumda doldurulacaktır.

İsim / Unvan Değişikliği Gerekçesi

- Evlilik (*Evlilik cüzdanı fotokopisini forma ekleyiniz.*)
- Boşanma (*Boşanma ilamı fotokopisini forma ekleyiniz.*)
- Mahkeme Kararı (*Mahkeme kararının fotokopisini forma ekleyiniz.*)
- Müşteri Hatalı Bildirim (*Şahıslar için; Nüfus Cüzdanı, Tüzel kişiler için; Ticaret Sicil Gazetesi , Faaliyet Belgesi veya Vergi Levhası fotokopisini forma ekleyiniz.*)
- Şirket Hatalı Giriş

SİYASİ NÜFUZ SAHİBİ KİŞİ BEYANI

Bu sözleşmede sigorta ettiren olarak Siz (bizzat ya da aile bağı olan bir yakınınız) veya Sigortalı ya da Lehdar olarak yer alacak kişilerden biri (bizzat ya da aile bağı olan bir yakını), son bir yıl içinde; üst düzey kamu görevlisi, üst düzey siyasi, üst düzey adli ya da üst düzey askeri personel, üst düzey siyasi parti görevlisi/temsilcisi gibi görevleri üstlenmiş midir?

Kendiniz, Sigortalı ya da Lehdar için:

- Evet Evet ise pozisyonu belirtiniz:
- Hayır Hiç olmadı:
1 yıl öncesinde oldu ise pozisyonu belirtiniz:

Sizin, Sigortalı ya da Lehdarın Yakını için:

- Evet Evet ise yakınlığın derecesini (kardeş, baba vs)ve kişi bilgilerini (ad-soyad, pozisyon) belirtiniz:
- Hayır Hiç olmadı:
1 yıl öncesinde oldu ise pozisyonu belirtiniz:

***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 5.000 TL (18/03/2016 tarihinden önce tanzim edilen poliçeler için yıllık prim tutarı 2.000 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 75.000 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 5.000 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 ikametgâh belgesi.



Hayat / Ferdi Kaza Sigortası sözleşmesinin kurulması ve ifası için ve Kişisel Verilerin Korunmasına Yönelik Aydınlatma metninde yer alan bilgiler doğrultusunda, Kişisel / Özel Nitelikli Kişisel Verilerimin işlenmesine rıza gösteriyorum.

AXA HAYAT VE EMEKLİLİK A.Ş. ve AXA SİGORTA A.Ş. ile acentelerinden, ticari elektronik ileti almak için 6563 sayılı Elektronik Ticaretin Düzenlenmesi Hakkında Kanun ve sair mevzuat çerçevesinde ve Kişisel Verilerin Korunmasına Yönelik Aydınlatma metninde yer alan bilgiler doğrultusunda onay veriyorum.

Hayat / Ferdi Kaza Sigortaları Bilgilendirme Formunu ve Kişisel Verilerin Korunmasına Yönelik Aydınlatma metnini okuyup kabul ettiğimi, seçtiğim ürün ve teminatlar ile Kişisel Verilerin Korunması Kanunu çerçevesindeki haklarım ve veri işleme süreçleri konusunda bilgilendiğimi, doldurulan bu başvuru formu ve verilen sağlık, aktivite ve meslek beyanı nedeniyle AXA HAYAT VE EMEKLİLİK A.Ş.'nin herhangi bir taahhüt altına girmediğini, şirketin bilmesi gereken herhangi bir hususu gizlemediğimi, bu bilgiler ile ilgili beyan yükümlülüğüne aykırılık durumunda sorumluluğun tarafıma ait olduğunu, bildirimde bulunduğum tüm hususlar hakkında AXA HAYAT VE EMEKLİLİK A.Ş.'yi doktor, sağlık kuruluşları, sigorta şirketleri ya da diğer kişi ve kuruluşlardan bilgi ve belge almaya yetkili kıldığımı, formda eksik veya hatalı bir bilgi verilmesi halinde Türk Ticaret Kanunu, Hayat Sigortaları Genel Şartları ve poliçe özel şartlarındaki hükümlerin geçerli olduğunu, tazminat taleplerinin reddedileceğini ve sigorta poliçesinin iptal edilebileceğini bildiğimi kabul ve beyan ederim.

Sigorta ettiren işbu formu imzalamakla, AXA HAYAT VE EMEKLİLİK A.Ş. tarafından sigortalı adayı için tıbbi tetkik talep edilebileceğini, sigorta yaptırmaktan vazgeçmesi halinde veya yapılan tetkiklerin sonucunda şirketin bilmesi gereken herhangi bir hususu gizlediğinin tespit edilmesi halinde yapılan tetkiklerin tüm masraflarının kendisi tarafından karşılanacağını bildiğini kabul ve beyan etmektedir. Sigortalı adayı, işbu formu imzalamakla, Türk Ticaret Kanunu'nun 1490'uncu maddesi uyarınca vefatı ihtimaline karşı sigorta sözleşmesi düzenlenmesine muvafakat ettiğini kabul ve beyan etmektedir. Türkiye dışında başka bir ülkede vergi mükellefiyeti bulunan kişiler, www.axahayatemeklilik.com.tr adresinden "Yabancı Uyruklu Sigortalıların Yükümlülükleri" başlıklı bilgilendirme metnine ulaşarak konu hakkında bilgi alabilirler.

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

AXA HAYAT VE EMEKLİLİK AŞ HAYAT EMEKLİLİK OPERASYON MERKEZİ
 Meclis-i Mebusan Cad. No.15, 34433 Salıpazarı - İstanbul / Türkiye
 Tel: (0850) 250 99 99 Fax: (0212) 252 15 15 www.axahayatemeklilik.com.tr E-Posta: hayat@axasigorta.com.tr
 Ticaret Sicil No:328116 Büyük Mükellefler V.D.: 092000019 Mersis No: 0092000001900012