

COVID-19 İYİLEŞME SORU FORMU

POLİÇE NO	SİGORTALI ADAYININ ADI SOYADI	ARACI KODU

1. SARS-CoV-2 / COVID-19 teşhisiniz hangi tarihte kondu?

2. Tanı koymak için ne tür bir test kullanıldı? (Birini daire içine alın)

- a) rt-PCR testi (genellikle burun ve boğaz sürüntüsü ile yapılır)
b) Antikor testi (genellikle parmak delme veya kan testi ile yapılır)
c) Bilmiyorum

3. Test sonucunuzla birlikte basılı veya elektronik bir rapor aldınız mı? Evet ise, lütfen bu anket ile bir kopyasını iletin.

Evet Hayır

4. Neden bir COVID-19 testi yapıldı? (Birini daire içine alın)

- a) Semptomlar vardı / hastaydı
b) Bilinen COVID-19 enfeksiyonu olan biriyle teması vardı ancak semptomları yoktu
c) Genel bir tarama / test programının parçası olarak, ancak semptomlar yoktu
d) Diğer (lütfen ayrıntıları belirtin)

5. COVID-19'un gözlemlenmesi, karantina altına alınma veya COVID-19 tedavisi için herhangi bir zamanda hastaneye yatırılmanız gerekti mi?

Evet Hayır



Evet ise, aşağıdaki sorulardan lütfen devam edin:

a) Hastaneye yatış yalnızca gözlem veya karantina amaçlı mıydı ve hiçbir zaman semptomlarınız olmadı ve / veya tedaviye ihtiyacınız olmadı mı?
 Evet Hayır

b) Yatış Tarihi? _____ Taburcu Tarihi? _____

c) Yoğun bakım ünitesinde tedavi gördünüz mü?

Evet Hayır

d) Nefes almanıza yardımcı olacak bir makineye ihtiyacınız oldu mu?

Evet Hayır

e) COVID-19 enfeksiyonuna bağlı akciğer (solunum), böbrek, karaciğer veya kalp problemleri gibi ne tür komplikasyonlar yaşadınız? (Lütfen detayları açıklayın).

6. Şu anda hangi semptomlarınız var? (Uygun olanların tümünü daire içine alın)

- a) Yorgunluk veya enerji kaybı
- b) Konsantrasyon zorlukları
- c) Ateş
- d) Öksürük
- e) Vücut Ağrısı
- f) Baş Ağrısı
- g) Nefes Darlığı
- h) Depresif Ruh Hali
- i) Semptom yok

7. Tam iyileşme tarihiniz:

8. COVID-19 tanınız ile ilgili bekleyen veya önerilen takip randevularınız veya testleriniz var mı?

Evet Hayır

Evet ise, lütfen tarihlerini ve testleri belirtin:



9. Çalışıyorsanız, sınırlamasız ve tam kapasite çalışma esasına göre işe dönme belgesi aldınız mı?
Evet Hayır

Hayır ise, lütfen detayları belirtin:

- 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'uncü 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.



_____ tarihinde imzalanmıştır.

Tanık

Sigortalı İmzası

Sigorta Ettiren İmzası

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.: 0920000019 Mersis No: 0092000001900012