

COVID-19 MALİ SORU FORMU

Ad: _____ Soyad: _____

Doğum Tarihi _____ Poliçe / Başvuru Numarası: _____

COVID-19 Eki

Lütfen çalışma şeklinizi belirtin

- Serbest Meslek / İşletme Sahibi (Aşağıdaki B Bölümünü doldurun)
 Ücretli Çalışan (Aşağıdaki A Bölümünü doldurun)
 Sözleşmeli Çalışan (Aşağıdaki A Bölümünü doldurun)

Bölüm A: Ücretli Çalışan ve Sözleşmeli Çalışanlar tarafından doldurulacaktır

Şu anda aktif olarak çalışıyor musunuz?

- Evet Tam Zamanlı Yarı Zamanlı(part-time)
 Hayır İzin aldınız veya işten çıkarıldınız mı? Evet Hayır

İş ortamınız herhangi bir şekilde değişti mi?

- Evet Hayır

Yanıtınız evet ise, lütfen açıklayınız: _____

COVID-19'un etkisi nedeniyle mesleki görevleriniz veya rolünüz değişti mi?

- Evet Hayır

Yanıtınız evet ise, lütfen açıklayınız: _____

Geliriniz COVID-19 ile ilgili sosyal mesafe / sokak kısıtlamasının bir sonucu olarak değişti mi?

- Evet Hayır

Yanıtınız evet ise, lütfen gelirinizin nasıl değiştiğini belirtiniz: arttı azaldı

İşvereniniz işyerinizin kapanma veya küçülme planlarını belirtti mi?

- Evet Hayır

Yanıtınız evet ise, lütfen açıklayınız: _____

Çalıştığınız şirket herhangi bir mali destekleme planına dahil mi? (ör. devlet desteği vb.)

- Evet Hayır

Yanıtınız evet ise, lütfen açıklayınız: _____

COVID-19 ile ilgili herhangi bir mali destek için başvurduğunuz mu?

- Evet Hayır

(ör. Devlet destekli/özel kredi veya program)

Yanıtınız evet ise, lütfen açıklayınız: _____



COVID-19'un mali etkisinin bir sonucu olarak değiştirdiğiniz kredi şartları var mı? Evet Hayır

Yanıtınız evet ise, lütfen açıklayınız: _____

Bölüm B: Serbest Meslek / İşletme Sahipleri tarafından doldurulacaktır.

Sosyal mesafe ve / veya sokak kısıtlaması süresince işletmeniz tam olarak faaliyette mi? Evet Hayır

Hayır ise, lütfen operasyonun nasıl etkilendiğine ilişkin detayları belirtiniz: _____

İş ortamınız herhangi bir şekilde değişti mi? Evet Hayır

Yanıtınız evet ise, lütfen açıklayınız: _____

COVID-19'un etkisi nedeniyle mesleki görevleriniz veya rolünüz değişti mi? Evet Hayır

Yanıtınız evet ise, lütfen açıklayınız: _____

Geliriniz COVID-19 ile ilgili sosyal mesafe / sokak kısıtlamasının bir sonucu olarak değişti mi? Evet Hayır

Yanıtınız evet ise, lütfen gelirinizin nasıl değiştiğini belirtiniz: arttı azaldı

İşyerinizi kapatma veya küçültme planlarınız var mı? Evet Hayır

Yanıtınız evet ise, lütfen açıklayınız: _____

İşyeriniz herhangi bir mali destekleme planına dahil mi? (ör. Yönetim, Devlet desteği vb.) Evet Hayır

Yanıtınız evet ise, lütfen açıklayınız: _____

COVID-19'un mali etkisinin bir sonucu olarak değiştirdiğiniz kredi şartları var mı? Evet Hayır

Yanıtınız evet ise, lütfen açıklayınız: _____

İşletmeniz için COVID-19 nedeniyle herhangi bir mali desteğe başvurduunuz mu? Evet Hayır

(ör. Devlet destekli/özel kredi veya program)

Yanıtınız evet ise, lütfen aşağıdaki kısımları doldurunuz:

Kredi Programının Adı: _____

Kredi Şartları: Kredi Vadesi: _____

Borç Veren Adı: _____

Faiz Oranı: _____ Faiz Başlangıcı _____

Teminat istendi mi? Evet Hayır



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'ıncı 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.

Tarih

İmza

AXA HAYAT VE EMEKLİLİK AŞ HAYAT EMEKLİLİK OPERASYON MERKEZİ

Meclis-i Mebusan Cad. No.15, 34433 Salıpaazarı - 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

Form No : 38.03.F.016 Rev. No : 1 Yayın Tarihi : 20.4.2022