



Lütfen tüm sayıların büyük harf ile eksiksiz ve okunaklı olarak yalnızca tek bir ürün için doldurunuz.

ÜRÜNLER

FERDİ / GRUP KAZA ÜRÜNÜ

Teminatlar

- Kaza Sonucu Vefat _____
- Kaza Sonucu Daimi Maluliyet _____
- Hastalık Sonucu Tam ve Daimi Maluliyet _____
- Kaza Sonucu Tedavi Masrafları _____
- Kaza Sonucu Hastane Gündelik Tazminat _____

Teminat Tutarı

Para Birimi

- TL USD EUR GBP CHF

Toplam Prim

- Ödeme Planı Peşin %25 Peşin + 5 Eşit Taksit
 %25 Peşin + 8 Eşit Taksit

- Kaza Sonucu Vefat ve Kaza Sonucu Daimi Maluliyet teminatları zorunlu teminatlar olup, teminat tutarları birbirlerine eşit olarak verilmektedir.
- Dar Kapsamlı Asistans Hizmetleri ürüne dahildir.
- Hastalık Sonucu Tam ve Daimi Maluliyet teminat tutarı, Kaza Sonucu Vefat teminatının %25'inden ve 150.000 TL'den yüksek belirlenemez.
- Kaza sonucu tedavi masrafları teminatı; kaza sonucu daimi maluliyet teminatı ve kaza sonucu vefat teminatının en fazla %5'i olabilir.
- Kaza sonucu gündelik tazminat teminatı; kaza sonucu daimi maluliyet teminatı ve kaza sonucu vefat teminatının en fazla %0,025 (0.00025)'i olabilir.
- Kaza sonucu gündelik tazminat teminatı sigortalının hastanede yatması ve bunu rapor ile belgeleme koşulu ile **1 yıl içinde en fazla 200 gün** olarak verilebilir.
- Sigorta süresi içinde maluliyet teminatları için ödenecek toplam tazminat tutarı her halükarda sözleşmede belirlenmiş olan maluliyet teminatları tutarlarından yüksek olanını geçemez.
- Para biriminin döviz olarak seçilmesi durumunda, prim ödemeleri ve poliçeye bağlı her türlü tazminat ödemeleri dövizde endeksli olacak ve ilgili tutar ödeme günündeki T.C. Merkez Bankası Efektif Satış kuru üzerinden Türk Lirası'na çevrilerek gerçekleştirilir.

SİGORTA ETTİRENİN BİLGİLERİ

Adı _____ Soyadı _____ Tüzel Kişi ise Unvanı _____

İşi / Çalıştığı Sektör _____ Mesleği _____ Çalışma Ortamı Büro Şantiye Diğer _____

Doğum Tarihi _____ Doğum Yeri _____ Uyuşuğu _____ Cinsiyeti Erkek Kadın

Anne Adı _____ Baba Adı _____ Sigortalı aday ile yakınlık ve/veya menfaat ilişkisi _____

Kimlik Belgesi Türü Nüfus Cüzdanı Ehliyet Pasaport* Kimlik Belgesi Seri Numarası _____

T.C. Kimlik No _____ *T.C. vatandaşı olmayan kişiler için _____

Nüfusa Kayıtlı Olduğu İl _____ İlçe _____ Mahalle / Köy _____ Cilt No _____ Aile Sıra.No _____ Sıra No _____

Sigorta ettiren tüzel kişi ise; Ticaret Sicil No / Dernek Kütük No / Vakıf Sicil Kayıt No _____

Sigorta ettiren tüzel kişi ise; Faaliyet konusu _____

Vergi Dairesi _____ Vergi Kimlik No _____

Sigorta ettiren T.C. vatandaşı değil ise yabancı kimlik numarası veya vergi kimlik numarası belirtilmelidir. Yabancı Kimlik No/Vergi No _____

Ev Tel (_____) İş Tel (_____) Faks (_____)

Cep Tel (_____) E-Posta _____ @ _____

Ev Adresi _____ İlçe _____ İl _____ Posta Kodu _____

İş Adresi _____ İlçe _____ İl _____ Posta Kodu _____

Yazışma Adresi Ev İş

Başkası hesabına hareket ediyorsanız ve bu başvurunun gerçek faydalanıcısı formda belirtilen sigorta ettiren, sigortalı aday veya lehtarlardan farklı bir kişi ise temsil ettiğiniz kişinin bilgilerinizi aşağıda beyan ediniz.

Ad / Unvan: _____ T.C. Kimlik No: _____ Vergi Kimlik No: _____

Sigorta ettiren ile sigortalı aday aynı kişi mi? Hayır Evet (Cevabınız evet ise sigortalı aday bölümünü doldurmayınız.)

Siyasi Nüfuz Sahibi Kişi Beyanı

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 yakınını), 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 bilgilerinizi (ad-soyad, pozisyon) belirtiniz: _____
- Hayır Hiç olmadı: _____
- 1 yıl öncesinde oldu ise pozisyonu belirtiniz: _____

SİGORTALI ADAYININ BİLGİLERİ

Adı _____ Soyadı _____

İşi / Çalıştığı Sektör _____ Mesleği _____ Çalışma Ortamı Büro Şantiye Diğer _____

Doğum Tarihi _____ Doğum Yeri _____ Uyuşu _____ Cinsiyeti Erkek Kadın

Anne Adı _____ Baba Adı _____

Kimlik Belgesi Türü Nüfus Cüzdanı Ehliyet Pasaport* Kimlik Belgesi Seri Numarası _____

T.C. Kimlik No _____ *T.C. vatandaşı olmayan kişiler için

Nüfusa Kayıtlı Olduğu İl _____ İlçe _____ Mahalle / Köy _____ Cilt No _____ Aile Sıra No _____ Sıra No _____

Sigortalı aday T.C. vatandaşı değil ise yabancı kimlik numarası veya vergi kimlik numarası belirtilmelidir. Yabancı Kimlik No/Vergi No _____

Ev Tel (_____) _____ İş Tel (_____) _____ Faks (_____) _____

Cep Tel (_____) _____ E-Posta _____ @ _____

Ev Adresi _____ İlçe _____ İl _____ Posta Kodu _____

İş Adresi _____ İlçe _____ İl _____ Posta Kodu _____

Poliçe süresi içinde yazışma adresine ek olarak gerekli durumlarda ikamet adresi de (UAVT) kullanılabilir.

LEHTAR/DAİN-İ MÜRTEHİN BİLGİLERİ

Kaza Sonucu Vefat tazminatının kime ödenmesini istersiniz?

Lehtar(lar)a (Lütfen aşağıda belirtiniz.) Sigortalının kanuni varislerine (Aşağıdaki alanların doldurulması gerekmemektedir.)

Lehtarın Adı Soyadı	TCKN	Doğum Tarihi	Pay	Sigortalı Adayı İle Yakınlık İlişkisi
_____	_____	_____	% _____	_____
_____	_____	_____	% _____	_____
_____	_____	_____	% _____	_____

Maluliyet teminat(lar)ının seçilmiş olması durumunda, maluliyet tazminat(lar)ının kime ödenmesini istersiniz?

Sigortalıya (Aşağıdaki alanların doldurulması gerekmemektedir.) Lehtar(lar)a (Lütfen aşağıda belirtiniz.)

Lehtarın Adı Soyadı	TCKN	Doğum Tarihi	Pay	Sigortalı Adayı İle Yakınlık İlişkisi
_____	_____	_____	% _____	_____
_____	_____	_____	% _____	_____
_____	_____	_____	% _____	_____

Dain-i Mürtehin'in (öncelikli alacaklı; banka, finans kurumu vb.) var ise, bilgilerini lütfen aşağıda belirtiniz.*

Dain-i Mürtehin'in Adı: _____

Dain-i Mürtehin'in Adresi: _____

Poliçenin süresinden önce sonlandırılması Dain-i Mürtehin onayına bağlanmış mıdır?

Evet Hayır

*Dain-i mürtehin belirtilen poliçelerde tazminat tutarı dain-i mürtehinine, dain-i mürtehinin alacağını aşan kısım var ise lehtar(lar)a, lehtar da belirtilmemişse hak sahiplerine ödenir.

Bu bölüm, sigortalı adayının bilgilerini içerecek şekilde doldurulmalıdır.

Sigortalı adayının boy ve kilo ölçüleri nedir? Boy.....cm Kilo.....kg

1- Sağlığa bağlı sebeplerle reddedilmiş, ertelenmiş veya sürprizle kabul edilmiş, ya da muafiyet uygulanmış bir hayat veya kritik hastalıklar başvurusu oldu mu? (Cevap evet ise ayrıntılı bilgi verilmeli ve varsa son durum raporları forma (*) eklenmelidir.) Evet Hayır

2- Mesleğiniz, belirtilen meslek gruplarına dahil mi? (Radyoaktif kirlenmeye maruz kalan; köprü, baraj vb yüksek yerlerle kanalizasyon gibi yer altındaki işleri yapan; yüksek ısıya karşı çalışan; silah taşıyan; yer altı ve yer üstü maden ve ocaklarında çalışan; gemi yükleme, boşaltma, kurtarma işlerini yapan; patlayıcı, parlayıcı vb kimyevi maddelerin üretim, taşıma, depo işlerini yapan; yolcu sıfatı dışında uçuş yapan; motosiklet kullanan)

Meslek Adı**İçeriği****Görev** Evet Hayır

3- Herhangi bir sportif faaliyeti ile uğraşır mısınız; spor yarışlarına katılıyormusunuz? Delta kanat, planör, yamaç paraşütü, balon, helikopter, uçak kullanımı, paraşütle atlama, parasailing, avcılık, motosiklet kullanımı, bungee jumping, dağcılık, tüplü dalış, binicilik, kayak, patinaj, hokey gibi kar veya buz üzerinde yapılan vb. tehlikeli sporlarla hobi amaçlı dahi olsa uğraşır mısınız?

Spor Faaliyeti**Başladığı Tarih****Sıklık** Evet Hayır Amatör Profesyonel
 Amatör Profesyonel

4- Almakta olduğunuz bir maluliyet maaşı veya çalışmanızı etkileyen bir engelini 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

Hastalık Sonucu Tam ve Daimi Maluliyet Teminatı alınmış ise aşağıdaki sorular da cevaplanmalıdır.

5- Son 1 yıldır Sigara / Elektronik Sigara / Tütün ürünleri, vs. kullanıyor musunuz? (Cevap evet ise kullanım yılı ile birlikte günlük kullanım adedi belirtilmelidir.)

Sigara / Elektronik Sigara / Tütün ürünleri, vs. Evet (.....yıl.....adet/gün) Hayır

6- Alkol kullanıyor musunuz? (Cevap evet ise haftalık alkol kullanım miktarı belirtilmelidir.)

Evet (.....kadeh/hafta) Hayır

7- Aşağıdaki durumlardan herhangi biri için doktor görüş aldınız mı veya tedavi gördünüz mü?

- Göğüs ağrısı, yüksek tansiyon, kalp krizi, kalp cerrahisi, kardiyomiyopati, valvüler (kalp kapak) defektleri, diğer kardiyovasküler hastalıklar,
- İnme, TIA (geçici iskemik atak), anevrizma, beyin kanaması, diğer serebrovasküler hastalıklar,
- Diyabet, diğer metabolik veya endokrin bozukluklar,
- Obezite,
- Kanser, melanom, lösemi, tümör veya her tür büyüme belirtisi,
- Gastrointestinal hastalıklar (sindirim, emilim, boşaltım sistemlerini içeren hastalıklar; reflü, mide hastalıkları, bağırsaklar polipleri, Çölyak Hastalığı, Crohn Hastalığı vs.)
- Genitoüriner hastalıklar (böbrek, diğer üriner sistem ve prostat hastalıkları, rahim, yumurtalıklar vs. dahil),
- Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı, kronik bronşit, sarkoidoz, pnömoni, amfizem veya diğer solunum bozuklukları,
- Multipl skleroz, epilepsi, Parkinson hastalığı, Huntington hastalığı, motor nöron hastalığı veya diğer nörolojik hastalıklar,
- Psikiyatrik hastalıklar,
- Ekstremiteler, eklem veya kemik hastalıkları, otoimmün hastalıklar, bulaşıcı hastalıklar,
- Hepatit B veya C, HIV, Lyme hastalığı, tüberküloz, alkol veya madde bağımlılığı.
- Hayır

8- 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

9- Son 14 gün içerisinde;

a) Aniden ortaya çıkan sürekli öksürük, yüksek ateş, tat veya koku kaybınız oluştu mu? Evet Hayır

b) Koronavirüs testiniz pozitif çıktı mı veya size COVID-19 teşhisi konuldu mu? Evet Hayır

10- Sorular arasında yer almamakla birlikte sigortacı açısından önemli kabul edilebilecek ve sigorta sözleşmesinin yapılması sırasında beyan edilmesi gereken başka bir husus var ise lütfen belirtiniz. (Sigortacıya bildirilmeyen, eksik veya yanlış bildirilen hususlar, sözleşmenin yapılmamasını veya değişik şartlarda yapılmasını gerektirecek nitelikte ise, önemli kabul edilir.) Evet Hayır

(* Verilecek son durum raporları bu başvuru formunun ayrılmaz bir parçası olacaktır.

(**) Cevaplanmayan soruların bulunması durumunda bu sorunun cevabı (Hayır) olarak kabul edilecektir.

PRİM ÖDEME YÜKÜMLÜLÜĞÜNÜN DEVRİ

Prim ödeme yükümlülüğü sigorta ettirene aittir. Eğer prim ödeme yükümlülüğünüzü devretmek istiyorsanız bu devir ile sadece ödeme yükümlülüğünüzü devretmiş olacaksınız. Poliçenize ait diğer hak ve yükümlülükleriniz saklı kalmaktadır.

Prim ödeme yükümlülüğünüzü devretmek istiyor musunuz? Evet Hayır

Yantınıza evet ise prim ödeme yükümlülüğünü devretmek istediğiniz kişinin Adı/Soyadı ve T.C. kimlik numarasını belirtiniz. Kredi kartı bilgileri bölümüne prim ödeme yükümlülüğünü devralan kişinin kart bilgilerini yazınız.

Adı/Soyadı _____ T.C. Kimlik No _____

(Gelir Vergisi Kanunu'nun 63. maddesi gereğince prim ödeyenin vergi indiriminden yararlanabilmesi için ancak şahsına, eşine ve küçük çocuklarına ait prim ödemesi yapmış olması şartı aranmaktadır.)

Prim ödeme yükümlülüğünü devralan kişinin imzası:

Prim ödeme yükümlülüğünü devreden (Sigorta ettiren) kişinin imzası:

PRİM ÖDEME ŞEKLİ

İLK ÖDEME	MÜTEAKİP ÖDEMELER
<input type="checkbox"/> Kredi Kartı <input type="checkbox"/> Havale	<input type="checkbox"/> Kredi Kartı <input type="checkbox"/> Havale <input type="checkbox"/> Otomatik Ödeme

Makbuzların hangi iletişim adres/lerine gönderilmesini istersiniz? E-Posta Posta

İlk Ödeme:

Prim ödemelerinizi banka havalesiyle ödemeyi tercih ederseniz, ödemelerinizi aşağıda belirtilen hesap numaralarından birine yapabilirsiniz.

İNG BANK MERKEZ 2991090-MT5 Numaralı TL IBAN: TR350009900299109000100018

T. İş Bankası İSTANBUL KURUMSAL 37158 TL -TR380006400000111110037158

Müteakip Ödeme:

Prim ödemelerinizi banka havalesiyle ödemeyi tercih ederseniz, ödemelerinizi aşağıda belirtilen bankalardan birine poliçe numarası ile yapabilirsiniz.

İNG BANK Şubeden poliçe numarası verilerle kurum tahsilatları ekranından ve internet bankacılığından ödeme yapılabilir. **TC ZİRAAT BANKASI** Şubeden poliçe numarası verilerle kurum tahsilatları ekranından ödeme yapılabilir. **TEB** Otomatik ödeme talimatı ile, ATM, internet ve banka şubelerinden poliçe numarası ile kurum ödemesi yapılabilir. **DENİZBANK** Otomatik ödeme talimatı ile, ATM, internet ve banka şubelerinden poliçe numarası ile kurum ödemesi yapılabilir. **FINANSBANK** Otomatik ödeme talimatı ile, internet ve banka şubelerinden poliçe numarası ile kurum ödemesi yapılabilir. **AKBANK** İnternet ve banka şubelerinden poliçe numarası ile kurum ödemesi yapılabilir. **HALK BANKASI** Banka şubelerinden poliçe numarası ile kurum ödemesi yapılabilir. **GARANTI BANKASI** Otomatik ödeme talimatı ile, ATM, internet ve banka şubelerinden poliçe numarası ile kurum ödemesi yapılabilir. **YAPI KREDİ** Otomatik ödeme talimatı ile, internet ve banka şubelerinden poliçe numarası ile kurum ödemesi yapılabilir.

KREDİ KARTI BİLGİLERİ

Kredi Kartı ile ödeme seçeneği için aşağıda yer alan soruların eksiksiz olarak doldurulması gerekmektedir.

Kart Sahibinin TC Kimlik Numarası _____

Kredi Kartı numaranızın sadece ilk 6 ve son 4 hanesini girmenizi rica ederiz.

Kredi Kart No _____ / _____ İstenen Çekim Tarihi _____ Gün(*)

EK KART OLMASI HALİNDE;

EK kart sahibi iseniz, asıl kart sahibinin TC Kimlik Numarası bilgisi alanının da doldurulması gerekmektedir.

Asıl Kart Sahibinin TC Kimlik Numarası _____

(*) Makbuz, çekim tarihinden itibaren 15 gün içerisinde adresinizde olduğundan, lütfen çekim tarihini bu bilgi doğrultusunda belirleyiniz.

Yazılı talimatla durdurulması bildirilene kadar sigorta sözleşmesinden doğan prim tutarlarını yukarıda belirttiğim kredi kartı hesabımdan tahsil edilmesi konusunda şirketinize yetki veriyorum. İşbu formda yer alan kredi kartı bilgilerinin tarafımdan değiştirilmediği, poliçe süresince veya poliçenin yenilendiği ve yürürlükte kaldığı sürece geçerli olacağını kabul, beyan ve taahhüt ederim.

AXA HAYAT VE EMEKLİLİK 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.

TARİH / İMZA

FERDİ KAZA SİGORTALARI BİLGİLENDİRME FORMU

En az iki nüsha olarak düzenlenen bu form, sigorta sözleşmesine taraf olmak isteyen ve sigortadan menfaat sağlayacak diğer kişilere, yapılacak sigorta sözleşmesine ilişkin önemli bazı hususlarda genel amaçlı bilgi vermek amacıyla 28.10.2007 tarihli Resmi Gazete'de yayımlanan Sigorta Sözleşmelerinde Bilgilendirmeye İlişkin Yönetmelik ve bu yönetmeliğe ilişkin 2008/7 sayılı Genelge ve eklerine uygun olarak hazırlanmıştır. Ferdi Kaza Sigortası Genel Şartları, 6102 sayılı Türk Ticaret Kanunu ile uyumlu hale getirilene kadar, işbu bilgilendirme formunda yer alan hususların 6102 sayılı Türk Ticaret Kanunu ile çatışması halinde Kanun hükümleri esas alınacaktır.

Sigorta kapsamına girecek veya giren kişiler, ilgili belgeleri imzalamakla risk değerlendirmesi yapılabilmesi ve tazminat başvuruvarının sonuçlandırılabilmesi amacıyla sağlık bilgilerinin, sigortalılık kayıtlarının ve diğer bilgilerin Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi'nden (SGM), Sosyal Güvenlik Kurumu'ndan, Sağlık Bakanlığı'ndan, sağlık kurum ve kuruluşlarından ve sigorta şirketlerinden edinilmesine ve şirket nezdindeki bahse konu bilgi ve kayıtların SBGM, sigorta şirketleri ve ilgili mevzuatta yetkilendirilen merciler ile paylaşılmasına rıza göstermiş sayılır.

A. SİGORTACIYA İLİŞKİN BİLGİLER (İlgili alanlar sigortacı ve acente tarafından doldurulacaktır.)

1. Sözleşmeye aracılık eden sigorta acentesinin;

Ticaret Unvanı:

Adresi:

Tel & Faks no:

2. Teminatı veren sigortacının;

Ticaret Unvanı: AXA HAYAT EMEKLİLİK A.Ş.

Adresi: MECLİS-İ MEBUSAN CAD. NO:15 SALİPAZARI 34433 SALİPAZARI BEYOĞLU İSTANBUL

Tel & Faks no: 0850 250 99 99 & (0212) 251 47 98

B. SİGORTA TEMİNATLARI

Kaza Sonucu Vefat: Sigortalının, sigorta süresi içinde Ferdi Kaza Sigortası Genel Şartları'nda tanımlanan bir kaza sonucunda derhal veya kaza tarihinden itibaren bir sene zarfında vefat etmesi halinde; poliçede belirtilen kaza sonucu vefat teminat tutarı, kaza sonucu vefat tazminatı olarak poliçede belirtilmişse dain-i mürtehinne, kalan kısmı ise lehtar/lara, lehtar da belirtilmemişse hak sahiplerine ödenir.

Kaza Sonucu Daimi Maluliyet: Sigorta süresi içinde, Ferdi Kaza Sigortası Genel Şartları'nda tanımlanan bir kaza, sigortalının derhal veya kaza tarihinden itibaren iki sene zarfında tam, katı, daimi veya kısmi daimi maluliyetine sebebiyet verdiği takdirde, tıbbi tedavinin sona ermesini ve daimi maluliyetin kat'i surette tespitini müteakip, poliçede belirtilen kaza sonucu daimi maluliyet teminatı, Ferdi Kaza Sigortası Genel Şartları'nda yer alan malullük halinde ödenecek tazminat yüzdelarını gösterir cetvel dahilinde poliçede belirtilmişse dain-i mürtehinne, kalan kısmı ise lehtar/lara, lehtar da belirtilmemişse hak sahiplerine ödenir.

Hastalık Sonucu Tam ve Daimi Maluliyet: Sigortalının, hastalık sonucu tam, katı, daimi malul olması halinde, poliçede belirtilen hastalık sonucu maluliyet teminat tutarı, hastalık sonucu tam ve daimi maluliyet tazminat tutarı poliçede belirtilmişse dain-i mürtehinne, kalan kısmı ise lehtar/lara, lehtar da belirtilmemişse hak sahiplerine ödenir.

Hastalık Sonucu Tam ve Daimi Maluliyet hali; tıbbi tedavinin sona ermesini takiben 20.02.2019 tarih ve 30692 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan "Erişkinler İçin Engellilik Değerlendirmesi Hakkında Yönetmelik" ekinde yer alan, EK-2 Erişkinler için Engelli Sağlık Kurulu Raporları Engel Oranları Alan Kılavuzu'nda sayılan, %60 ve üstü oranlara karşılık gelen hallerdir.

Sigorta şirketi gerekli gördüğü durumlarda, değerlendirilen yönetmelik ekinde belirtilen Engelli Raporu Vermeye Yetkili Sağlık Kuruluşları'ndan rapor talep edebilir.

Kaza Sonucu Tedavi Masrafları: Sigortalının, Ferdi Kaza Sigortası Genel Şartları'nda tanımlanmış bulunan bir kazanın sigorta süresi içinde gerçekleşmesi neticesinde kaza gününden itibaren bir sene zarfında oluşan doktor ücreti ile ilaç, radyografi, banyo, masaj, hastane ve diğer tedavi masraflarını (nakil ücretleri hariç) poliçede bu teminat için tespit olunan meblağa kadar, fatura ve doktor raporu ile belgelenmek şartıyla poliçedeki limitler dahilinde kendisine ödenir.

Kaza Sonucu Hastane Gündelik Tazminatı: Sigortalının, Ferdi Kaza Sigortası Genel Şartları'nda tanımlanmış bulunan bir kazanın sigorta süresi içinde gerçekleşmesi neticesinde hastaneye yatması ve rapor ile belgelenmesi halinde kendisine hastanede yatış yapılan gün başına ödeme yapılır. Ödeme süresi en fazla 200 gün ile sınırlıdır.

C. FERDİ KAZA SİGORTALARI VERGİ UYGULAMASI

Ferdi Kaza Sigortası için ödenen primler vergiden düşülebilir. Bu konuda sigortacınıza danışınız.

D. GENEL BİLGİLER

1. Sigortacının ödeyeceği tazminat, sözleşmenin kurulması sırasında, ilke olarak, herhangi bir sınırlandırmaya tabi olmaksızın taraflarca serbestçe belirlenir.
2. Birden fazla sigortacıya aynı veya değişik bedeller üzerinden sigorta yaptırılabilir. Bu durumda her bir sigortacının tazminat ödeme borcu birbirinden bağımsızdır.
3. Sözleşme süresi içinde, sigorta ettirenin talebi ve sigortacının da kabulü hâlinde sigorta bedeli artırılabilir.
4. Küçüklerin (reşit-sezgin olmayanların), mahcurların (kısıtlıların) ve mümeyyiz (ergin) olmayanların ölümü üzerine sigorta geçersizdir. Ancak, bunların yaşama ihtimaline karşı sigorta yapılabilir. Ancak, her iki hâlde de ölüm gerçekleşirse matematik karşılık ödenir.
5. Sigorta sözleşmesinin yapılmasına ilişkin başvuru formu, sigorta şirketine ulaştığı andan itibaren 30 gün içinde reddedilmemişse sözleşme kurulmuş olur. Başvuru formunun verilmesi sırasında alınan para, sözleşme kurulmuşsa ilk prim olarak kabul edilir ya da ilk prime mahsup edilir. Başvuru formu reddedilmişse ödenen para iade edilir.
6. Sigorta priminin tamamının veya taksitle yapılan ödemelerde primin ilk taksitinin, poliçenin tesliminde ödenmesi gerekir. İlk prim ödenmeden rizikonun gerçekleşmesi durumunda sigortacının sorumluluğu başlamaz.
7. İleride doğabilecek birtakım ihtilafları önlemek için, prim ödemelerinizde (peşin veya taksitle) ödeme belgesi almayı unutmayınız.
8. Sözleşme kurulmadan önce, başvuru formunda yer alan sorulara doğru cevap verilmesi gereklidir. Bu yükümlülüğün ihlali hâlinde sigortacının sözleşmeden cayma veya ek prim almak suretiyle sözleşmeye devam etme hakları saklıdır. Bu nedenle sözleşmenin her aşamasında sigortacıya eksik veya yanlış bilgi vermekten kaçınınız. Aksi takdirde, tazminat ödeme süresi uzayabilir, tazminatı eksik alma veya alamama hâlleri ortaya çıkabilir.
9. Sigorta hakkında daha ayrıntılı bilgi için, Ferdi Kaza Sigortası Genel Şartları'nı dikkatlice okuyunuz. (Ferdi Kaza Sigortası Genel Şartları'na www.axahayatemeklilik.com.tr adresinden ulaşabilirsiniz.)
10. Hiçbir sigortacı ve reasürör, verilen bir teminatın ya da ödemekle yükümlü olduğu bir hasarın ya da sağladığı bir menfaatin, o sigortacıyı ve reasürörü Birleşmiş Milletler kararları ya da Avrupa Birliği'nin Birleşik Krallık'ın ya da Amerika Birleşik Devletleri'nin ticari ve ekonomik yaptırımı, yasağa ya da kısıtlamaya maruz bırakması durumunda ve bıraktığı ölçüde o teminatı vermiş ya da o hasarı ödemekle yükümlü hale gelmiş ya da menfaati sağlamış sayılmayacaktır.

E. SİGORTA TAZMİNATI ÖDEMESİNİN YAPILMASI (İlgili alanlar sigortacı tarafından doldurulacaktır.)

1. Sigortadan faydalanan kimse sigortalıyı öldürür veya öldürülmesine suç ortaklığı ederse sigorta tazminatını alamaz, ancak sigorta tazminatı sigortalının mirasçılarna ödenir.
2. Sözleşmede birden fazla lehtar (sigortadan faydalanan) tayini mümkündür. Lehtarların her biri için ayrı ayrı hisse belirlenmemişse, hepsi eşit oranda pay sahibidir. Mirasçı dışındaki kimseler de lehtar olarak gösterilebilir.
3. Tazminat başvurusu için gereken bilgi ve belgelere ilişkin listeyi, poliçenin hazırlanmasını müteakip sigortacınızdan isteyiniz.
4. Rizikonun gerçekleşmesi durumunda 30 işgünü içinde, gerekli bilgi ve belgelerle birlikte ön sayfada adres ve telefonları yer alan sigortacıya başvuruda bulununuz.
5. Rizikonun gerçekleşmesi hâlinde, tazminat ödeme borcu sigortacıya aittir.
6. Harp veya harp mahiyetindeki hareket, ihtilal, isyan, ayaklanma veya bunlardan doğan iç kargaşalıklar, grevlere, lokavt edilmiş işçi hareketlerine, halk hareketlerine, kavgalara iştirak, cürüm ve cinayet işlemek veya bunlara teşebbüs, tehlikede bulunan eşhas ve malları kurtarmak hali müstesna, sigortalının kendisini bile bile ağır tehlikeye maruz bırakacak hareketlerde bulunması, 3713 sayılı Terörle Mücadele Kanunu'nda belirtilen terör eylemleri ve bu eylemlerden doğan sabotaj sonucunda oluşan veya bu eylemleri önlemek ve etkilerini azaltmak amacıyla yetkili organlar tarafından yapılan müdahaleler sonucu meydana gelen biyolojik ve/veya kimyasal kirlenme, bulaşma veya zehirlenmeler nedeniyle oluşacak bütün zararlar, nükleer rizikolar veya nükleer, biyolojik ve kimyasal silah kullanımı veya nükleer, biyolojik ve kimyasal maddelerin açığa çıkmasına neden olacak her türlü saldırı ve sabotaj, 3713 sayılı Terörle Mücadele Kanunu'nda belirtilen terör eylemleri ve buna bağlı sabotajlara katılmak sigorta kapsamından hariçtir. Suda boğulmalar, sigortanın şumulüne giren bir kaza neticesinde vuku bulmadığı takdirde sigortadan hariçtir.
7. Aksine mukavele yoksa; motosiklet ve takma motorlu bisiklet kullanmak ve bunlara binmek, açık deniz balıkçılığı ile sürekle ve sürgün avları, yaban domuzu vesair vahşi hayvan avcılığı ve yüksek dağlarda avcılık, dağlara ve cumudiyelelere tırmanma sureti ile yapılan dağcılık, kar veya buz üzerinde yapılan bilumum sporlar (kayak, patinaj, hokey ve boksley gibi); cirit oyunu, manialı binicilik, polo, rugbi, eskrim, halter, güreş, boks, basketbol, futbol ve yelken sporları ile ağır ve tehlikeli jimnastik hareketleri ve profesyonel spor hareketleri, her nevi spor müsabakaları ile sürat ve mukavemet yarışları, havada yolcu sıfatından gayri bir sıfatla uçuş, deprem, sel, yanardağ püskürmesi ve yer kayması, terör ve sabotaj eylemlerine katılma hali hariç olmak üzere, 3713 sayılı Terörle Mücadele Kanunu'nda belirtilen terör eylemleri ve sabotaj sonucunda oluşan veya bu eylemleri önlemek ve etkilerini azaltmak amacıyla yetkili organlar tarafından yapılan müdahaleler sigorta kapsamından hariçtir.
8. Sigorta süresi içinde maluliyet teminatları için ödenecek toplam tazminat tutarı her halükarda sözleşmede belirlenmiş olan maluliyet teminatları tutarlarından yüksek olanını geçemez

F. DİĞER BİLGİLER (İlgili alanlar sigortacı tarafından doldurulacaktır.)

Sigortacı; Tahkim sistemine üye Tahkim sistemine üye değil

G. ŞİKAYET VE BİLGİ TALEPLERİ (İlgili alanlar sigortacı tarafından doldurulacaktır.)

Sigortaya ilişkin her türlü bilgi talepleri ve şikayetler için aşağıda yazılı adres ve telefonlara başvuruda bulunulabilir. Sigortacı, başvurunun kendisine ulaşmasından itibaren 15 işgünü içinde talepleri cevaplandırmak zorundadır.

Tarih, Sigortalı Adayının
Adı Soyadı, İmzası

Tarih, Sigortacı veya Acentenin
Kaşesi ve Yetkilinin İmzası

AXA HAYAT VE EMEKLİLİK A.Ş.

Hayat Emeklilik Operasyon Merkezi
Meclis-i Mebusan Cad. No.15 34433 - İstanbul, Türkiye
Tel: 0 850 250 99 99
Faks: 0212 293 58 68
E-Posta: hayat@axasigorta.com.tr
www.axahayatemeklilik.com.tr

1 KİŞİSEL VERİLERİN KORUNMASINA YÖNELİK AYDINLATMA

6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu çerçevesinde AXA HAYAT VE EMEKLİLİK A.Ş. Kişisel / Özel Nitelikli Kişisel Verilerinizi "Veri Sorumlusu" sıfatıyla işlemektedir. Bu çerçevede Poliçenizi / Sözleşmenizi satın aldığınız acentemiz Kişisel / Özel Nitelikli Kişisel Verilerinizi "Veri İşleyici" sıfatıyla işlemektedir. Bu "Aydınlatma Bildirimi" verinizin asıl sahibi olarak size bilgi vermek ve haklarınızı hatırlatmak amacıyla sunulmaktadır. Kişisel / Özel Nitelikli Kişisel Verilerinizin şirketimize aktarılmasından önce lütfen okuyunuz.

Aydınlatma Bildirimi: "Veri Sorumlusu" veya yetkilendirdiği Gerçek / Tüzel Kişi tarafından sözlü, yazılı, çağrı merkezi gibi fiziki veya elektronik ortam kullanılmak suretiyle yerine getirilebilir. AXA HAYAT VE EMEKLİLİK A.Ş. olarak bu metin ile aydınlatma yükümlülüğümüzü yerine getirmekteyiz. (0850) 250 99 99 numaralı Müşteri Hizmetleri Merkezimizi arayarak yetkililerimizden daha fazla bilgi alabilirsiniz.

A. Veri Sorumlusu ve Varsa Temsilcisinin Kimliği

Ticaret Sicil No : 328116
Vergi Kimlik Bilgileri : Büyük Mükellefler VD. 092 00 000 19
MERSİS No : 0092000001900012
Müşteri Hizmetleri : (0850) 250 99 99
İnternet : www.axahayatemeklilik.com.tr
Sorularınız için : kisiselverikorumaxa@axasigorta.com.tr

B. Kişisel Verileriniz Hangi Amaçla İşlenmektedir ?

Kişisel / Özel Nitelikli Kişisel Verilerinizin sigortacılık ve emeklilik mevzuatı başta olmak üzere, kanunlar ve sair mevzuat kapsamında vermekte olduğumuz; risk değerlendirmesi, sigorta satış ve pazarlama faaliyetleri, her türlü iletişimin sağlanması ve bu amaçla ticari elektronik ileti gönderilebilmesi, tazminat ödeme ile asistans faaliyetleri başta olmak üzere araçlarımız ve diğer iş ortaklarımız aracılığıyla sigorta ve emeklilik sözleşmeleri kapsamında sizlere verilecek hizmetlerin yerine getirilmesi süreçlerinde işlenmektedir.

C. Kişisel Verilerinizi Kimlere ve Hangi Amaçla Aktarıyoruz ?

Sigortacılık, emeklilik ve sair mevzuat çerçevesinde kişisel verileriniz; T.C. Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı Sigortacılık Genel Müdürlüğü, Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi, Emeklilik Gözetim Merkezi başta olmak üzere zorunlu raporlamaların hazırlanabilmesi amacıyla çeşitli kurum ve kuruluşlara; sigortacılık faaliyetinin yürütülebilmesi için hizmet alınan aktüerya, bilişim teknolojileri şirketleri gibi özel kuruluşlara; sigortacılık hizmetlerimiz çerçevesinde fiyatlama, satış ve pazarlama işlemleri ile istatistiksel analizler yapmak üzere; AXA SİGORTA A.Ş., acentelerimiz ve AXA Grubu içerisinde yer alan merkezlere ve diğer iştiraklerimize de aktarılabilmektedir.

D. Kişisel Verileriniz Toplama Yöntemi ve Hukuki Sebebi

Sigorta poliçeleri ve emeklilik sözleşmelerinin taraflarına ait Kişisel / Özel Nitelikli Kişisel Veriler; acentelerimiz, internet uygulamalarımız ve çağrı merkezimiz aracılığı ile doğrudan doğruya sizlerden ve sigorta sözleşmelerinden kaynaklanan yükümlülüklerin yerine getirilebilmesi için kamu kurumları tarafından tarafımıza erişim yetkisi verilen veri tabanlarından derlenmektedir.

Kişisel verileriniz, "6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu" ve sair mevzuat çerçevesinde sadece sigortacılık faaliyetlerinin yürütülmesi amacı ile ve bu amacın gerektirdiği yasal sınırlarla sınırlı olarak işlenmektedir.

E. Kişisel Verisi İşlenen "İlgili Kişi" Olarak Kanun Nezdindeki Haklarınız Nelerdir?

6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında aşağıda belirtilmekte olan haklara sahipsiniz:

- Verilerinizin işlenip işlenmediğini öğrenebilirsiniz,
- Verilerinizin işlenmiş ise bilgi talep edebilirsiniz,
- Verilerinizin işlenme amacını ve amacına uygun kullanılıp kullanılmadığını öğrenebilirsiniz,
- Verilerinizin yurt içinde / yurt dışında aktarıldığı üçüncü kişiler hakkında bilgi alabilirsiniz,
- Verilerinizin eksik / yanlış işlenmiş ise, verilerinizin düzeltilmesini isteyebilirsiniz,
- Verilerinizin silinmesini veya yok edilmesini (*) isteyebilirsiniz,
- Yukarıda (d) ve (e) bentleri uyarınca yapılan işlemlerin, kişisel verilerin aktarıldığı 3ncü kişilere bildirilmesini isteyebilirsiniz,
- Verilerinizin münhasıran otomatik sistemler ile analiz edilmesi nedeniyle aleyhinize bir sonucun ortaya çıkması durumunda bu sonuca itiraz edebilirsiniz,
- Verilerinizin kanuna aykırı olarak işlenmesi sebebiyle zarara uğramanız halinde zararınız giderilmesini talep edebilirsiniz,

(*) Sizlerle gerçekleştirmekte olduğumuz işlemlere ilişkin dokümanların saklanmasına dair yasal zorunluluklarımız bulunmaktadır. Kişisel verilerinizin silinmesini veya yok edilmesini talep etmeniz halinde, yasal zorunluluklar kapsamında belirlenen sürenin sonunda bu talebinizi yerine getirmemiz mümkün olabilecektir. Kişisel verileriniz hakkında daha fazla bilgi almak isterseniz, çağrı merkezimiz ile (0850) 250 99 99 numaradan iletişime geçebilirsiniz ya da kisiselverikorumaxa@axasigorta.com.tr adresine elektronik posta gönderebilirsiniz.

2 BEYAN ve ONAYLAR:

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.

Kabul Ediyorum Kabul Etmiyorum

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.

Kabul Ediyorum Kabul Etmiyorum

Ferdi Kaza Sigortalı 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, Ferdi Kaza Sigortalı 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 aday için tıbbi tetkik talep edilebileceğini, sigorta yaptırmaktan vazgeçmesi halinde veya yapılan tetkiklerin sonucunda şirketin bilmesi gereken herhangi bir hususu gizlediğinin tespit edilmesinde yapılan tetkiklerin tüm masraflarının kendisi tarafından karşılanacağını bildiğini kabul ve beyan etmektedir. Sigortalı aday, işbu formu imzalamakla, Türk Ticaret Kanunu'nun 1490'ncı 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 ETTİRENİN

Adı / Soyadı :
Tarih (*) : / /
Sigortanın başlamasını istediğiniz tarih:
: / /
İmza:

(*) Formun doldurulduğu tarihtir. Sigorta başlangıç tarihi, formun doldurulduğu tarihten daha eski olamaz.

SİGORTALI ADAYININ

Adı / Soyadı :
Tarih (*) : / /
Formun 1. sayfasında yer alan sağlık, aktivite ve meslek beyanı tarafımdan doldurulmuştur.
İmza:

(*) Formun doldurulduğu tarihtir. Sigorta başlangıç tarihi, formun doldurulduğu tarihten daha eski olamaz.

ARACININ

Adı / Soyadı :
Kodu :
Tarih (*) : / /
Kaşe / İmza

(*) Formun sigorta şirketine/aracısına teslim edildiği tarihtir.

DOLDURULAN BU FORM SADECE BAŞVURU NİTELİĞİNDE OLUŞUR, KABULÜ AXA HAYAT VE EMEKLİLİK A.Ş. TARAFINDAN YAPILACAK DEĞERLENDİRMEYE TABİDİR.

Başvuru formunun herhangi bir sebepten dolayı 30 gün içinde AXA HAYAT VE EMEKLİLİK A.Ş. tarafından kabul edilmemesi halinde tahsil edilen prim sigorta ettirene iade edilir. Başvuru talebinin onaylanması halinde tanzim edilmiş poliçe, başvuru talebinin reddedilmesi halinde ise gerekçeli ret yazısı başvuru tarihinden itibaren en geç 30 gün içinde sigorta ettirenin beyan etmiş olduğu adrese iletilecektir. Söz konusu belgenin 30 gün içinde ulaşmaması halinde lütfen şirketimiz ile irtibata geçiniz.